

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1901

N°

6

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 30 octobre 1901, à 1 heure

PAR

PITOIS Alexandre

Ancien Médecin de la Marine
Ex-Interne de l'hôpital de Dijon

Né à Melun, le 4 janvier 1862

ESSAI DE CLASSIFICATION ÉTIOGÉNIQUE

DES

BALANO-POSTHITES

et opportunité opératoire du phimosis

DANS LE TRAITEMENT DES

Diabétides génitales chez certains neurasthéniques

Président : M. FOURNIER, Professeur.

HANRIOT, Professeur.

Juges : MM. { GAUCHER, Agrégé.

A. BROCA, Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

1901

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 30 octobre 1901, à 1 heure

PAR

PITOIS Alexandre

Ancien Médecin de la Marine
Ex-Interne de l'hôpital de Dijon

Né à Melun, le 4 janvier 1862

ESSAI DE CLASSIFICATION ÉTIOGÉNIQUE

DES

BALANO-POSTHITES

et opportunité opératoire du phimosis

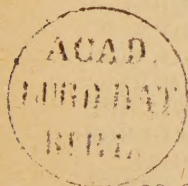
DANS LE TRAITEMENT DES

Diabétides génitales chez certains neurasthéniques

Président : M. FOURNIER, Professeur.

*Juges : MM. { HANRIOT, Professeur.
GAUCHER, Agrégé.
A. BROCA, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical



PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen Professeurs.....

Anatomie.....
Physiologie.....
Physique médicale.....
Chimie organique et chimie minérale.....
Histoire naturelle médicale.....
Pathologie et thérapeutique générales.....
Pathologie médicale.....
Pathologie chirurgicale.....
Anatomie pathologique.....
Histologie.....
Opérations et appareils.....
Pharmacologie et matière médicale.....
Thérapeutique.....
Hygiène.....
Médecine légale.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
Pathologie comparée et expérimentale.....

Clinique médicale.....

Maladies des enfants.....
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en-
céphale.....
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
Clinique des maladies du système nerveux.....

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....
Clinique des maladies des voies urinaires.....

Clinique d'accouchements.....

Clinique gynécologique.....
Clinique chirurgicale infantile.....

M. BROUARDEL
MM.

FARABEUF.
CH. RICHET.
GARIEL.
GAUTIER.
BLANCHARD.
BOUCHARD.
HUTINEL.
BRISSAUD.
LANNELONGUE.
CORNIL.
MATHIAS DUVAL.
BERGER.
POUCHET.
LANDOUZY.
PROUST.
BROUARDEL.
DEJERINE.
CHANTEMESSE.

JACCOUD.
HAYEM
DIEULAFOY.
DEBOVE
GRANCHER.

JOFFROY.
FOURNIER.
RAYMOND.
TERRIER.
DUPLAY.
LE DENTU.
TILLAUX.
PANAS.
GUYON.
PINARD.
BUDIN.
POZZI.
KIRMISSON.

Agrégés en exercice

MM.
ACHARD.
ALBARRAN.
ANDRÉ.
BONNAIRE.
BROCA Auguste.
BROCA André.
CHARRIN.
CHASSEVANT.
DELBET.
DESGREZ.

MM.
DUPRÉ.
FAURE.
GAUCHER.
GILLES DE LA
TOURETTE.
HARTMANN.
HEIM.
LANGLOIS.
LAUNOIS.
LEGUEU.

MM.
LEJARS.
LEPAGE.
MARFAN.
MAUCLAIRE.
MENETRIER.
MERY.
REMY.
ROGER.
SEBILEAU.
TEISSIER.

MM
THIERY.
THIROLOIX.
THOINOT.
VAQUEZ.
VARNIER.
WALLICH.
WALTHER.
WIDAL.
WURTZ.

Chef des Travaux anatomiques : M RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

PRÉFACE

La thèse qui sert de couronnement à nos études et que nous présentons aujourd'hui à la bienveillante appréciation de nos anciens maîtres n'est point l'œuvre d'un novice. A ce titre, elle diffère de la plupart des œuvres analogues qui naissent trop prématurément à notre avis et n'ont point le plus souvent d'autre originalité que d'exprimer une idée étrangère dans un dédale de compilations puisée au sein des bibliothèques. Il ne saurait d'ailleurs en être autrement car il est impossible à un élève tout frais éclos de la Faculté de pouvoir émettre une opinion inédite. En médecine, qui est par excellence une science d'observation, une idée nouvelle ne peut naître que de l'expérience et des déductions résultant de nombreux faits cliniques répétés, bien vus et consciencieusement étudiés. C'est pour cette raison que nous avons, dans ces derniers temps, à propos des réformes pédagogiques à apporter au régime de nos facultés de médecine, entendu des voix autorisées s'élever précisément contre l'institution de la thèse et la con-

damner pour n'avoir d'autre résultat que d'alléger la bourse du postulant sans grand bénéfice pour la science médicale proprement dite (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* du 30 mai 1901. Rapport sur les modifications à apporter au régime actuel de la thèse présenté par le Professeur Pinard au conseil de l'Université).

Nous ne pousserons pas l'outrecuidance jusqu'à nous mêler de cette discussion autrement qu'en exprimant une idée bien simple. S'il paraît rationnel à l'esprit de conserver le principe de la thèse, non pour le résultat scientifique douteux qui en découle, mais simplement pour servir de couronnement et d'estampille, d'apothéose même à la scolarité et à la longue suite d'examens subis, il serait peut être un moyen de ne point rendre cette épreuve finale le plus souvent stérile. Le procédé consisterait à ne pas exiger nécessairement du récipiendaire une thèse sur un sujet inédit. En agissant de la sorte vous éviteriez de placer le candidat dans la plus embarrassante des situations ; car le nombre en est grand de ceux qui, ayant satisfait à toutes les exigences des examens, errent, l'âme en peine, de clinique en clinique en quête d'un sujet de thèse qu'ils ne peuvent trouver ayant hâte d'en finir. Un travail conçu dans une pareille disposition d'esprit ne saurait être de bien grande valeur et les statistiques à cet égard nous donnent d'ailleurs absolument raison. Or, à quoi bon soumettre l'étudiant à toutes ces tribulations de la dernière heure et l'obliger à créer quand les matériaux lui font défaut ? C'est reconstruire qu'il faudrait surtout lui

demander et au moyen de documents déjà existants. Les Facultés devraient être tenues chaque année d'établir de la sorte un certain nombre de questions à traiter puisées aux sources classiques pures et les proposer à titre de sujets de thèse aux candidats dans l'embarras. Le jury n'aurait qu'à choisir et pourrait ainsi passer en revue l'histoire, l'étiologie, l'anatomie pathologique, la symptomatologie, la thérapeutique, etc., de toutes les affections médicales et chirurgicales connues. Tous ces paragraphes constitueraient autant de programmes à développer et le candidat n'aurait d'autre mérite que de bien les présenter dans le plan, la forme et surtout la documentation. C'est-à-dire la mise au point au fur et à mesure des progrès du jour. Ce serait là des éléments d'appréciation suffisants aux examinateurs pour juger de la valeur et de l'érudition du candidat et prononcer son admission en connaissance de cause.

En somme la Faculté ne devrait pas décemment demander à ses nouveaux élus autre chose qu'un travail de bon élève ; mais exiger seulement, à défaut d'originalité, une œuvre de bonne facture, simple et surtout sincère.

Le candidat resterait libre cependant de fournir une thèse inédite personnelle, s'il en possédait les éléments, mais en acceptant un sujet classique choisi par la Faculté ainsi que nous le proposons, il serait tenu de le développer sérieusement in-extenso et en faisant appel à tous les éléments de renseignements fournis par la littérature médicale. C'est cette base surtout qui servirait de pierre de touche au jury pour formuler son acceptation.

car nous y voyons là en effet le moyen de faire servir les thèses à une œuvre utile de compilation générale destinée à pouvoir renseigner les chercheurs et les futurs auteurs sur tous les points de la médecine et de la chirurgie et de toutes les sciences se rattachant à l'art de guérir. Il suffirait seulement que le jury fût à cet égard d'une très grande exigence et ajoutât une importance capitale à la partie bibliographique de la thèse tant française qu'étrangère.

L'institution de la thèse équivaldrait donc à une entreprise détaillée de renseignements rigoureusement exacts, et servant à édifier une vaste encyclopédie médicale née de la multitude des efforts et sans cesse au courant de la science. Les élèves y trouveraient leur compte et la profession aussi.

Nous n'avons pas connu heureusement, quant à nous, ce *mal de thèse* qui mériterait bien de figurer dans le cadre nosologique des affections scolaires et qu'il appartiendrait à tous égards cependant à la Faculté de faire disparaître en s'inspirant de la modeste proposition que nous venons d'exposer. Une expérience déjà longue s'est chargée de nous fournir les éléments qui nous auraient autrefois fait défaut à la sortie de l'école et c'est grâce à eux que nous avons pu constituer ce travail né de nos seuls efforts.

Qu'il nous soit permis dans cette préface de relater sommairement notre biographie aussi bien pour la confirmation de la pratique que nous prétendons avoir acquise que pour mettre un terme aux médisances ja-

louses dont nous avons été récemment l'objet auprès de nos concitoyens.

C'est à la Faculté de Paris même que nous avons d'abord commencé nos études sous la direction des regrettés professeurs Nicaise et Legroux à l'hôpital Laënnec, du docteur Gingeot à l'hôpital Saint-Antoine, du professeur Péan et du docteur Labadie-Lagrave chargé à cette époque du service des varioleux à l'hôpital Saint-Louis.

Le désir de nous mettre davantage en rapport avec les malades nous fit ensuite désertier les hôpitaux parisiens. Il est en effet de connaissance banale que si la capitale présente de nombreuses ressources cliniques, le chiffre des étudiants français et étrangers qui viennent y puiser leur instruction professionnelle est tellement élevé qu'il nuit à l'enseignement individuel. Autrement dit, il est matériellement impossible au professeur ou au médecin hospitalier de s'intéresser à tous ses élèves et de faire toucher à chacun de ses auditeurs le cas du malade. Sans être taxé d'exagération nous pouvons dire qu'il existe à Paris une minorité d'étudiants privilégiés sous le rapport de l'instruction clinique. Ce sont les externes et les internes surtout qui constituent pour ainsi dire l'état-major du maître et sont au premier rang pour observer les malades et pour les étudier toute la journée dans tous les services. Le vulgum pecus des bénévoles ne peut que happer des miettes au gré des circonstances et de l'affabilité du maître et de son entourage et en y consacrant une initiative tenace qui n'est point généralement la règle chez les jeunes gens enclins plutôt à l'in-

souciance et au désir superficiel de signer les feuilles de présence pour satisfaire aux exigences de la scolarité beaucoup plus que de chercher à s'instruire réellement.

Il est seulement à regretter que le nombre des places d'externes et d'internes soit si réduit et nécessite une sélection parmi les plus laborieux et les plus capables. C'est dans cet ordre d'idées que beaucoup d'étudiants consciencieux trouvent un réel bénéfice à s'isoler en province au gré des services hospitaliers installés dans les villes au siège des diverses écoles de médecine. Là point d'encombrement avec un enseignement clinique souvent bien représenté et qui ne le cède en rien à celui de la capitale. J'accorderai bien à mes détracteurs que la variété de l'enseignement clinique peut manquer dans les villes de province et que les spécialités nées de la pathologie de la peau, des organes des sens, etc... ne sont pas toujours représentées. Il ne s'ensuit pas cependant que tous les nouveaux docteurs de la faculté de Paris même aient à cœur de profiter de cette situation spéciale avant leur départ de la capitale car nous en connaissons beaucoup encore aujourd'hui auxquels les ressources de l'hôpital Saint-Louis, des Quinze-Vingts, de Necker, des Enfants-malades, etc., sont toujours restées inconnues. Au surplus il ne s'agit point autrement d'en médire, car toute une existence ne serait pas assez longue pour acquérir une érudition médicale complète à notre époque surtout de production à outrance. Ce qu'il faut d'abord au docteur nouvellement promu, c'est apporter dans sa clientèle des connaissances solides de clinique usuelle qui puissent le mettre en situation de parer aux éventualités

les plus communes. Or, je le répète, les services hospitaliers de province sont largement suffisants pour les besoins élémentaires de l'étudiant. C'est avec reconnaissance que nous nous en souvenons, quant à nous, et du stage que nous fîmes en quittant Paris dans les hôpitaux de la ville de Dijon. Nous ne voulons pas laisser passer cette occasion sans remercier bien vivement le docteur Gautrelet, chirurgien et ancien directeur de l'Ecole de médecine de Dijon, dont nous fûmes l'interne après avoir été l'aide d'anatomie, et aussi son successeur, le docteur Deroye, de la bienveillance avec laquelle ils nous accueillirent et soutinrent nos premiers efforts.

C'est de 1886 que date notre entrée en clientèle à Moux, petite localité du Morvan où des déceptions nous attendaient, tant il est vrai que la science et la pratique terre à terre du métier ne sont pas toujours compatibles. Après trois ans et demi de lutte pour l'existence dans ce pays pauvre qui ne pouvait nous donner que de médiocres satisfactions de fortune et de savoir médical pour l'avenir, nous prîmes le parti de voyager et de mettre notre diplôme au service de plusieurs compagnies de navigation. C'est ainsi que nous fîmes successivement partie du service médical des *Chargeurs réunis*, de la *Compagnie commerciale*, des *Messageries maritimes* et de la *Compagnie transatlantique*. Notre premier voyage date de 1889 et eut pour objectif le Brésil avec escales à Pernambuco, Bahia, Rio de Janeiro et Santos. Un deuxième eut pour but la Nouvelle-Orléans. Ces pérégrinations de début durèrent jusqu'en 1892 où repris de la nostalgie de la France et de la clientèle métropolitaine, nous vîmes

nous fixer à la Charité-sur-Loire. Au bout de deux ans le succès avait encouragé nos efforts lorsque des revers intimes nous obligèrent à nous expatrier à nouveau. Nous reprîmes la mer en 1894 et il était écrit que dans la circonstance cet embarquement de nécessité devait nous valoir de faire le tour du monde. Nous le fîmes en effet par la voie du Brésil, la Plata, Mozambique, l'Australie, la Chine, le Japon, et retour par la voie ferrée de San-Francisco à New-York. Ce long voyage qui dura deux ans fut le dernier et nous ramena en 1896 dans l'Autunois à Igornay où, après avoir repris contact avec la clientèle, nous sommes venu nous fixer définitivement dans une contrée près de Paris et plus en rapport avec les aptitudes acquises.

De cette véritable odyssée que nous avons détaillée à dessein, pour imposer silence aux envieux, nous ne voyons pas qu'il puisse en résulter autre chose que de l'honorabilité pour l'auteur. Il n'entre pas dans notre vanité de tirer parti de notre ancien titre de médecin de marine : nous perdrons d'ailleurs notre temps car nous n'ignorons pas qu'en France, pays de préjugés s'il en fut, malgré ses prétentions à l'égalité et à la fraternité écrites sur tous les murs, certaines attributions ont le droit plus ou moins contestable de mettre le public en défiance. Pour beaucoup, le médecin militaire par exemple, sera toujours le docteur tant pis, pratiquant volontiers la médecine d'intimidation qui convient à un supérieur vis-à-vis de son subordonné ; pour d'autres, le médecin de marine serait presque un rebut de faculté, tout au plus

capable de savoir administrer de la quinine ou guérir du mal de mer.

Ce sont là en vérité des exagérations. Quelle que soit la variété de ses attributions, l'observateur instruit subsiste toujours dans le médecin et peut produire dans le milieu spécial où il est placé des conceptions originales dignes des meilleurs esprits. A ce titre le médecin de marine possède un champ d'observation très développé qui s'étend depuis le plus humble cas de médecine banale cosmopolite jusqu'au plus difficile problème de pathologie exotique.

Ce serait presque même avouer par là que les vrais praticiens de marine sont capables d'une érudition supérieure à ceux de la métropole. Je fais bon marché des dangers de toutes sortes auxquels les fatigues de la navigation, les régimes des différents climats, les nombreuses chances de contamination de choléra, fièvre jaune, fièvre palustre, prédisposent le médecin de marine et devraient plaider cependant en faveur de sa réhabilitation dans l'esprit public. Tout au plus pourrait-on lui reprocher l'action défavorable de toutes ces sortes de soucis et les tribulations de sa vie nomade qui ne lui permettent point toujours de commenter et de cataloguer ce qu'il a vu. *Pierre qui roulen'amasse pas mousse*, dit un vieux proverbe. Il nous paraît toutetois en défaut en ce qui nous concerne car nos pérégrinations ne nous ont point cependant empêché de voir et de recueillir quelques faits.

Il nous reste maintenant à les exposer et à en tirer des conclusions, persuadé qu'ils seront bien accueillis en

considération des circonstances difficiles au milieu desquelles nous les avons enregistrés.

C'est le sort que nous attendons avec reconnaissance de l'acceptation bienveillante que M. le professeur Fournier a bien voulu nous donner de présider le jury chargé d'apprécier la valeur de notre modeste travail.

Des balano-posthites

NOUVELLE CLASSIFICATION DIAGNOSTIQUE ÉTIOGÉNIQUE

Quand on recherche dans le nombre considérable de livres qui s'occupent de cette question : dictionnaires de pathologie externe, de médecine, traités de pathologie, de maladies vénériennes, de dermatologie, etc... on remarque, à part quelques exceptions, que les auteurs ne paraissent pas y avoir ajouté un très grand intérêt. Les classifications manquent à peu près et le chapitre étiologique ne fait mention que de causes banales plus ou moins éparses au gré de la mémoire de l'écrivain. Il ne semble pas non plus que la curiosité ait poussé beaucoup les médecins à analyser plus à fond ce coin de clinique en raison sans doute de son importance minime relativement aux affections intéressantes qui sévissent sur le même organe.

Les seuls travaux originaux qui aient été accomplis dans ces derniers temps sur ce sujet sont ceux du professeur Fournier sur les *diabétides génitales*, leçons publiées en 1892 dans le n° du 5 août de la *Presse médi-*

cale. Du Castel, également médecin de l'hôpital Saint-Louis, a décrit sous le nom de *Balanite pustulo-ulcéreuse* une affection spéciale de la muqueuse balano-préputiale dans ses leçons cliniques sur les affections ulcéreuses des organes génitaux de l'homme professées à l'hôpital du Midi. Le même auteur reproduit la même description dans un article des balanites du livre de dermatologie pratique de Besnier et Brocq. Deux de ses élèves, Berdal et Bataille, ont publié à peu près à la même époque (Société de biologie et de médecine moderne, 1891) un nouveau type clinique sous le nom de *Balano-posthite érosive circinée* qu'ils considèrent comme tout à fait particulière, d'origine vénérienne et sous la dépendance d'un microbe spécial ou d'un épiphyte.

On retrouve la même affection signalée dans tous ses détails dans l'ouvrage plus récent de l'un d'eux : *Traité pratique des maladies vénériennes* de Berdal, 1897. Pour être complet, il convient aussi de citer la *Balanite Iodo-hydrargyrique* de Cordier sans que nous ayons pu obtenir d'autre renseignement sur son auteur et que nous avons vu figurer dans le traité de dermatologie de Brocq.

Tel est en résumé le bilan des découvertes qui ont été faites à notre époque sur les balano-posthites et qui nous ont servi à mettre la question tout à fait au point. Bien que ce sujet ne soit pas indispensable au développement de l'élément de notre thèse, nous avons voulu néanmoins l'exposer en raison de l'attention particulière que nous avons de tout temps apportée à l'examen des

inflammations balano-préputiales et aux connaissances de diagnostic étiogénique que le praticien est obligé de posséder avant de songer aux lésions génitales du diabète.

La bactériologie qui, de nos jours, est entrée en maîtresse dans le domaine de la clinique, aurait peut-être pu nous donner des éléments de classification, mais, outre que nous ne possédons pas la compétence nécessaire pour cette catégorie d'investigation, il paraîtrait que les auteurs qui se sont livrés à ce genre de recherches ne sont arrivés à aucun résultat bien rigoureux. Nous avons vu que Berdal et Bataille inscrimaient dans la forme de balanite érosive circonscrite des spirilles qu'ils décrivent sans avoir pu malheureusement les cultiver ni les inoculer et donner par conséquent un contrôle mathématique à leur hypothèse. Bien avant eux Friedreich de Heidelberg croyait lui aussi à la spécificité d'un genre d'aspergille dans le développement de la balanite diabétique et sans que cette conception repose sur des bases plus solides. Ce serait d'autre part d'ordre banal de citer les streptocoques, staphylocoques bactéries diverses et agents de la suppuration en général qui ne sont point dans la balanite autrement spécifiques.

La flore microbienne est à ce point même variée dans les sécrétions pathologiques balano-préputiales qu'un auteur italien, Tommassoli (Journal italien des maladies vénériennes, Milan, Juin 1888) déclare impossible de faire la classification bactériologique des balanites. On y trouve de tout ; microbes, bactéries, spirilles, spores et mycélium de champignons. L'inflammation produite

consécutive à cette symbiose, d'après cet auteur, est de nature complexe et probablement sous la dépendance surtout de substances chimiques irritantes nées des fermentations provoquées.

Une classification basée sur la clinique, tout aussi rationnelle, posséderait davantage de documents ; mais elle serait loin d'être complète. En dehors du type de l'inflammation aiguë et chronique qui pourrait nous donner de grandes divisions bien insuffisantes et éliminatoires, nous aurions uniquement les deux types décrits sous le nom de balanite pustulo-ulcéreuse de du Castel et de balano-posthite érosive circinée de Berdal et Bataille. C'est bien peu pour une catégorie d'affections si nombreuses. Les caractères considérés par leurs auteurs comme pathognomoniques de ces deux nouvelles entités le sont-ils d'autre part réellement et resteront-ils définitivement acquis à la clinique ? Nous croyons bien que non, car il faut avoir une grande habitude des maladies vénériennes pour mettre une étiquette véritable sur des lésions de la verge de morphologie si variée. Il suffit de voir combien les dermatologistes sont souvent embarrassés pour lire et déchiffrer à première vue une éruption cutanée équivoque, combien de méprises ont été commises à cet égard et les avis partagés parmi les meilleurs observateurs de Saint-Louis. On pourrait en dire autant de syphiliographes qui hésitent parfois à se prononcer sur la qualité d'une ulcération, n'osant se fier aux apparences des symptômes objectifs. D'autre part, nous ne voyons pas ni avec la même vue ni avec le même esprit. Nous ajouterons que les valeurs individuelles sont variables et

l'expérience personnelle acquise encore bien plus. Comment peut-on dès lors exiger du médecin de pratique usuelle la reconnaissance même élémentaire des contours cycliques de la balanite de Berdal ou l'ulcération d'origine pustuleuse de la posthite de du Castel? Nous aurions plutôt tendance à croire, quant à nous, que ces apparences ne sont pas spéciales, qu'elles présentent de nombreux exemples frustes et que les lésions de balanite sont plutôt complexes, variées et soumises à la dépendance plus ou moins fantasque de l'inflammation qui les produit.

A plus forte raison l'observation objective sera-t-elle en défaut quand il s'agira de définir la variété d'une balanite de cause traumatique, médicamenteuse ou diathésique comme celle du diabète. La clinique en somme peut nous donner des éléments de classification très incertains et incomplets.

Une classification anatomique nous paraît encore moins avantageuse, car les altérations constatées sont uniquement subordonnées à la violence de l'inflammation sans préjuger de sa nature et de son origine. Elles sont complexes et nous ne donnerons qu'un exemple : le pus blennorrhagique et l'urine sucrée c'est-à-dire deux agents essentiellement différents sont susceptibles de provoquer les mêmes lésions d'érythème, d'ulcération, d'infiltration du prépuce et de phimosis consécutif. Il ne nous paraît pas rationnel en conséquence de créer les termes de balanite érythémateuse, ulcéreuse, fongueuse, végétante, scléreuse, pour les appliquer à des types pathologiques qui ne sont point d'ailleurs constants, ni saillants, mais

plutôt hybrides, empiétant et se superposant les uns les autres. L'auteur serait d'ailleurs obligé à chaque instant de rappeler que chacun de ces types anatomo-pathologiques n'a rien de spécifique comme étiologie et peut résulter de toutes espèces de causes. Dès lors le meilleur parti que nous puissions tirer de notre projet de classification, et, faute de mieux, à l'époque actuelle de la médecine, c'est de faire une division *étiogénique* c'est-à-dire basée sur les causes connues de l'affection. Ce n'est pas là une œuvre de bien haute prétention, d'autant plus que nous ne ferons que suivre la tradition et l'esprit des essais de classification déjà faits à cet égard. Elle aura pour le moins l'avantage d'être basée sur des données certaines et son seul mérite sera d'être plus complète que celle de nos devanciers et de constituer un cadre plus conforme aux progrès du jour ainsi qu'au gré de ceux qui voudront plus tard contribuer encore à en étendre les limites. Au surplus nous donnons ci-dessous un tableau synoptique où se trouvent réunies et groupées toutes les causes de balano-posthites connues. C'est en somme l'histoire optographique de tout ce que nous savons actuellement des origines de cette affection tout à fait mise au point. Avant de passer à la discussion succincte de tous ces éléments de classification, le lecteur en aura déjà la compréhension nette, et nous le mettons seulement en garde contre la tendance à nous taxer d'exagération.

TABEAU ÉTIOGÉNIQUE DES BALANO-POSTHITES

I. Groupe des malformations préputiales	{	Balanite de phimosis congénital.
	{	Balanite de phimosis constitutionnel.
	{	Balanite traumatique (masturbation, pédérastie).
II. Groupe de causes traumatiques et essentielles.	{	Acrobustite des vétérinaires.
	{	Balanite essentielle (smegma et malpropreté).
III. Groupe médicamenteux.....	{	Balanite médicamenteuse proprement dite.
	{	Balanite iodohydrargyrique de Cordier.
	{	Balanite acarienne (gale).
IV. Groupe parasitaire et infectieux.....	{	Balanite de phthiriasé (morpions).
	{	Balanite de muguet.
	{	Balanite de diphtérie.
V. Groupe des maladies éruptives	{	Balanite variolique.
	{	Balanite herpétique.
	{	Balanite uricémique (goutte, gravelle).
VI. Groupe diathésique de nutrition.....	{	Balanite oxalurique.
	{	Balanite de calculs préputiaux.
	{	Balanite diabétique (diabétides génitales du professeur Fournier).
	{	Balanite des rétrécis.
	{	Balanite des prostatiques.
VII. Groupe des urinaires.	{	Balanite des incontinents (troubles de miction, parésie et paralysie vésicale).
	{	Balanite blennorrhagique.
	{	Balanite de chancre induré.
	{	Balanite de plaques muqueuses.
VIII. Groupe vénérien...	{	Balanite de syphilides tertiaires.
	{	Balanite chancreuse (chancre mou).
	{	Balanite de végétations.
	{	Balanite pustulo-ulcéreuse du Ducastel.
	{	Balanite circinée de Berdal et Bataille.

Tout compte fait, il est vrai que certains des groupes que nous avons imaginés, tout en étant naturels, sont d'importance très variable au point de vue de l'affection qui nous occupe. A côté du groupe vénérien, qui est capital et qui comprend la grande majorité des cas observés, il faut convenir que les groupes éruptif et parasitaire par exemple sont bien un peu excessifs et prétentieux. Nous devons, à la vérité de les signaler néanmoins pour être complet, avec cette restriction qu'ils ne sont représentés que par des exemples incomplets et accidentels. La vérité nous oblige à dire encore et surtout pour compléter ce tableau que dans un grand nombre de cas le symptôme balanoposthite est un *syndrome* qui relève de causes simultanées plus ou moins nombreuses appartenant à plusieurs de ces groupes ainsi que nous aurons l'occasion de le dire à propos de la discussion de la balanite des glycosuriques.

I. — GROUPE DES INFLAMMATIONS PRÉPUTIALES

Si on veut s'attacher au sens littéral du mot balanite qui veut dire inflammation du gland, et posthite, inflammation du prépuce, il est bien évident que, quelle que soit la conformation de la verge, l'étui de recouvrement de son extrémité aura toujours le développement suffisant pour servir de support à une lésion telle qu'un chancre infectant ou une ulcération quelconque. On a bien une posthite, si on veut, mais tout à fait réduite faute d'étoffe. La balanoposthite type, au contraire, est sur-

tout diffuse et emprunte son évolution au contact permanent de la muqueuse du prépuce et du gland invaginé dans son fourreau. C'est dans ces conditions, en effet, que les liquides pathologiques nés spontanément ou d'une ulcération primitive subissent une rétention et agissent pour leur compte en exagérant les ravages de la lésion originelle. En un mot les balano-posthites diffuses qui sont surtout marquantes se trouvent sur les pénis toujours largement recouverts. C'est un fait que les auteurs signalent à juste raison, les uns même allant jusqu'à dire que la balano-posthite ne saurait sous-entendre aucune autre conformation anatomique.

Plus le prépuce sera développé, plus il fournira l'occasion de s'inoculer et de garantir de surface à la lésion de développement ; plus le gland sera enfoui au fond d'une gaine de recouvrement, plus le vestibule balano-préputial aura d'espace pour favoriser l'adossement des deux muqueuses et servir de réceptacle au pus et à l'urine normale ou pathologique. Ce fait n'avait pas échappé à l'observation vulgaire, car c'est pour cette raison manifeste que la loi de Moïse, basée sur des considérations hygiéniques, préconise la circoncision justement encore en honneur chez les Juifs. Les auteurs sont d'ailleurs unanimes à cet égard. Rollet dans un article du *Dictionnaire des sciences médicales* répète, après Jourdain et Lagneau, que la balanite est surtout particulière aux individus atteints de phimosis naturel et le professeur Fournier dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique* dit également que c'est la maladie, de l'état couvert du gland, très rare chez les autres. En

somme, si le phimosis physiologique est par lui-même incapable de produire les accidents de balano-posthite, il est incontestable qu'il y prédispose et mérite à cet égard de figurer dans une classification étiogénique. On peut même affirmer qu'il y mène à coup sûr dans des circonstances où l'orifice préputial d'échappement des urines est si réduit qu'à chaque miction le liquide distend toute la gaine du gland pour y séjourner en partie.

Il est impossible dans ces conditions que l'urine, même normale, à plus forte raison pathologique ne fermentent et n'irrite plus ou moins la muqueuse délicates qu'elle souille de son contact. La conformation de la verge présente à cet égard bien des différences individuelles. A côté du *phimosis congénital* sous lequel nous comprenons tous les prépuces très développés et pourvus d'un orifice tout à fait réduit favorisant presque à coup sûr la balano-posthite essentielle de rétention urinaire, il existe de nombreux cas de *phimosis constitutionnel*. Sous ce terme nous comprenons tous les degrés moindres de revêtement du gland qui permettent néanmoins à celui-ci de pouvoir plus ou moins s'échapper au dehors par l'orifice préputial. Le phimosis constitutionnel est très commun puisqu'il comporte tous les glands recouverts. Il suffit pour s'en rendre compte d'observer les nombreuses nudités de l'hôpital Saint-Louis. Depuis le type à embout préputial très développé et mesurant plusieurs centimètres jusqu'à celui où l'extrémité du gland est de niveau avec l'orifice préputial, il existe de nombreux intermédiaires. Cette disposition anatomique paraît tellement banale que les statuaires

eux-mêmes semblent l'avoir adoptée et peut-être pour des raisons esthétiques; il suffit, pour s'en convaincre, de s'en rapporter aux sculptures anciennes ainsi que nous l'avons fait nous-même au musée des Antiques. Il serait curieux de rechercher l'influence de la circoncision plusieurs fois séculaire sur le développement du prépuce de l'enfant nouveau-né. Les lois de l'hérédité nous apprennent que chez les animaux en effet certaines mutilations volontaires telles que les chiens à queue courte et primitivement coupée sont susceptibles de se transmettre et de se fixer pour donner naissance à des races ou des variétés spéciales. Il nous a semblé, quant à nous, que cette opinion pouvait avoir du vrai et que chez certaines peuplades de l'Afrique où nous avons séjourné et où la pratique de la circoncision se perd dans la nuit des temps, le développement du prépuce chez les négroïdes est moins accentué que chez les Européens. C'est le témoignage qui nous a été d'ailleurs fourni par l'opérateur indigène interrogé. Cette conformation est d'ailleurs naturelle chez la plupart des animaux et bien qu'elle paraisse en contradiction avec la menace toujours possible d'une irritation balano-préputiale, il ne semble pas cependant que ce soit la règle, sans doute parce que la nature a mis le remède à côté du mal et voulu que le gland soit protégé et abrité, quitte à créer des glandes spéciales avec une sécrétion empêchant l'urine d'avoir une action sur les surfaces qu'elle est obligée d'imprégner. N'empêche cependant que la rétention de l'urine ou de liquides pathologiques n'arrive cependant à vaincre l'obstacle dans beaucoup de cas particuliers et ne soit un

motif d'accusation tout à fait justifié, car le phimosis constitutionnel prédispose au développement de la balanoposthite. Il convient d'autre part de remarquer que le revêtement de défense épithéliale du gland et du prépuce est d'autant moins efficace qu'il subit une sorte de macération en vase clos.

II. — GROUPE DE CAUSE TRAUMATIQUE ET ESSENTIELLE

Sans vouloir nier encore ici qu'il ne puisse s'ajouter aux balanites nées de ce groupe d'autres causes adjuvantes, il faut admettre que les seules circonstances étiologiques de traumatisme et surtout d'irritation locale et essentielle sont capables de provoquer d'emblée l'affection. C'est ainsi que le professeur Fournier (dans son article Balanites *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*) établit que les deux tiers des cas observés ne sont point d'origine vénérienne et peuvent se constater chez des individus peu soucieux de soins hygiéniques mais n'ayant jamais contracté commerce avec les femmes. On sait d'autre part que la balanite n'est pas rare chez les enfants et les nouveau-nés et cause parfois de l'effroi dans les familles tout en restant le point de départ de motifs de suspicion déplacée au sujet desquels le médecin doit toujours être très circonspect.

La nature traumatique de la balanite emprunte son origine à différentes causes qui sont : les excès de coït, la masturbation, la pédérastie, l'irritation mécanique

de la verge contre les vêtements, les érections prolongées, l'équitation, la bicyclette, à moins qu'il ne s'agisse de l'action vulnérante de certains objets dont Tissot nous parle au sujet de l'imagination dépravée de quelques onanistes.

Les vétérinaires et Cruzel en particulier dans son *Traité des maladies des bêtes bovines* désignent sous le nom plus spécial d'*acroburstite* une inflammation traumatique du fourreau qui survient chez le bœuf employé aux charrois et ferré dans un appareil où il est suspendu par des sangles lui passant sous le ventre et contusionnant plus ou moins les organes génitaux. Quelles que soient ces circonstances, le processus inflammatoire et banal est toujours le même sans qu'il soit besoin de beaucoup y insister. Il résulte la plupart du temps de frottements répétés amenant d'abord de l'érythème suivi à la longue de vésiculation et d'érosions sécrétantes s'exagérant d'elles-mêmes avec le temps du fait de leur évolution pour ainsi dire en vase clos chez les sujets plus particulièrement atteints de phimosis constitutionnel.

Les *balanites essentielles* peuvent procéder de causes multiples qui sont : la malpropreté, l'action irritante de certaines urines d'origine alimentaire spéciale, la fornication avec des femmes également peu soigneuses et atteintes d'écoulements non vénériens : suite de fleurs blanches ou de métrites vulgaires, à moins encore qu'il ne s'agisse de simples menstrues.

A l'état physiologique les parois du vestibule balano-preputial sont recouvertes d'un enduit connu sous le nom de smegma preputialis, sécrété par les glandes spéciales

de Tyson et de la desquamation épithéliale de la muqueuse. L'examen microscopique y reconnaît des cellules pavimenteuses agglomérées et plus ou moins noyées dans un amas d'acides gras dont quelques-uns cristallisés. Il a l'aspect d'une matière blanchâtre, pâteuse, comme du savon, fortement odorante, et s'accumule surtout dans la rainure balano-préputiale. La déhiscence incessante des cellules de revêtement de la muqueuse, activée par le frottement, en fait surtout les frais et la consistance molle de ce produit tient à l'atmosphère humide de macération dans laquelle le phénomène se produit sous le prépuce. Les matières grasses résultent très probablement de la décomposition chimique du contenu de ces cellules. Le smegma est un produit de sécrétion normale qu'on rencontre dans toutes les espèces animales dont le pénis est profondément enfoui dans le fourreau préputial. Il est notamment abondant chez le cheval où il est désigné par les hippologues sous le nom peu distingué de *cambouis* en raison de sa couleur noirâtre rappelant la graisse des essieux. La consistance grasse du smegma le rend peu miscible à l'eau et on peut voir là une des raisons naturelles pour lesquelles l'urine n'exerce point généralement d'action irritante nuisible sur la muqueuse balano-préputiale. La sécrétion de cet enduit isolateur paraît variable suivant les individus à tel point que Rollet emploie le terme de « smegmatorrhée » à l'occasion de sujets sur lesquels elle est exagérée. Au point de vue de la dermatologie générale, on sait en effet que la desquamation épithéliale de la peau est un phénomène normal plus ou moins accusé suivant les constitutions et

naturellement facile et abondante chez les séborréiques. Il serait peut-être curieux d'établir si la smegmatorrhée de Rollet n'est pas une sorte de séborrée balano-préputiale. Quoi qu'il en soit, le rôle de protection du smegma n'est pas toujours efficace. Il arrive en effet que si la matière grasse possède une action isolante, elle est aussi susceptible de rancir en s'oxydant au contact de l'air et de devenir par elle-même irritante pour la muqueuse qui lui sert de support. C'est ce qui résulte de l'observation qui a été faite, avons-nous déjà dit, de la balanite chez les nouveau-nés et les enfants sur lesquels on ne saurait suspecter d'autre cause. Le fait est indéniable, surtout en pathologie comparée, de l'avis des vétérinaires, en ce qui concerne l'acrobustite du chien à tort considérée comme une uréthrite et surtout chez les chevaux hongres. On ne saurait nier dans la circonstance que le smegma ne puisse être lui-même la cause déterminante de l'inflammation balanique.

Il convient d'ajouter naturellement que la balanite du smegma aura d'autant plus de chances de se développer que celui-ci sera plus abondant et que les sujets seront moins soucieux de leur personne. Les soins hygiéniques des organes génitaux, on doit le dire, sont généralement peu pratiqués, et au nom d'une pudeur mal placée qui fausse absolument l'éducation intime que les parents donnent généralement à leurs enfants. Il semblerait que ce soit un parti pris et une sorte de *noli me tangere* qui empêche les jeunes filles et les jeunes gens de donner à leurs organes intimes les ablutions de propreté qu'ils admettent pour la figure et les mains, je

n'oserai dire les pieds que d'aucuns ne lavent jamais. Il y aurait à cet égard tout un programme d'éducation à instituer, tout au moins dans les établissements officiels, et des conférences hygiéniques à faire au même titre que celles qui résultent de la proposition du professeur Fournier en ce qui concerne la prophylaxie de la syphilis chez les adolescents (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, du 23 juin 1901. La guerre contre la syphilis. — Nécessité dans les centres scolaires d'éclairer les élèves des classes supérieures sur les dangers des affections vénériennes, par le professeur Fournier, question posée devant la Société de prophylaxie sanitaire et morale). Cette lacune si profondément ancrée dans nos mœurs de l'insuffisance des soins hygiéniques est la conséquence d'un défaut d'éducation originelle qui se perpétue avec les années et peut être un jour la cause unique ou adjuvante de soucis pathologiques.

L'action irritante de l'urine normale, liquide essentiellement fermentescible, au contact de l'air, est suffisante pour provoquer la balanite quand le smegma joue un rôle protecteur insuffisant ou quand il a déjà lui-même contribué par son altération à irriter la muqueuse.

Les vétérinaires connaissent chez le bœuf et le cheval des causes fréquentes d'acrobustite qui survient dans ces conditions et lorsque les animaux au lieu d'émettre le pénis à l'extérieur au moment de la miction le maintiennent au contraire caché et comme on dit, « pissent dans leur fourreau ».

L'urine des herbivores paraît cependant moins irritante que celle des omnivores. On connaît surtout l'action

nocive de celle de l'homme qui, dans les cas d'incontinence vésico-urétrale, attaque rapidement la peau normale jusqu'à constituer des érythèmes de rubéfaction. A plus forte raison la muqueuse balano-préputiale, plus susceptible que la peau, peut-elle s'offenser du contact de l'urine normale.

Mais il convient d'ajouter que les qualités irritantes de celle-ci sont variables et empruntent surtout leur coefficient de nocivité au régime alimentaire. Le cresson, les asperges, les raves, le raifort, les mets épicés, certains mollusques, les poissons de mer, la bière, les vins blancs, cidres, boissons fermentées en général ainsi que l'alcool et les liqueurs donnent à l'urine des propriétés rubéifiantes spéciales et doivent exagérer de ce fait les causes de balano-posthites. Nous avons placé dans un groupe spécial et en raison de leur importance toute particulière les inflammations du prépuce nées des urines médicamenteuses ou diathésiques. Telles qu'elles sont sécrétées et émises certaines urines alimentaires sont vulnérantes pour la muqueuse balanique au même titre que pour l'urèthre au sujet duquel elles constituent toute une catégorie de causes d'urétrites, microbiennes, non gonococciques (Schenk et Harrisson). Si l'urine normale fermentée est susceptible d'être invoquée comme cause d'irritation, à plus forte raison devra-t-on accuser les sécrétions pathologiques ou physiologiques dont le vagin est très souvent le réceptacle. Les écoulements de métrite souvent purulente et par conséquent microbienne si ce n'est gonococcique sont bien de nature à être une cause d'inflammation pour le prépuce. Il en est de même

des sécrétions leucorrhéiques et du sang de menstruation éminemment fermentescibles. Les mêmes agents ont été accusés à juste titre déjà de provoquer même des uréthrites non blennorrhagiques. Quoi qu'il en soit, il convient d'admettre que l'action de ces liquides ne devient vraisemblablement active qu'avec le temps et qu'à ce titre, cette balanite doit surtout se développer chez les individus peu soucieux de leur personne, à phimosis constitutionnel et à la suite de contacts avec une femme également peu coutumière de soins hygiéniques. L'action des liquides pathologiques s'augmente ici de la malpropreté comme cause adjuvante.

III. — GROUPE DES URINAIRES

C'est là un chapitre étiologique des balanites tout nouveau, car nous ne l'avons relevé nulle part parce qu'il a été considéré sans doute comme de peu d'importance. Il comporte néanmoins un ensemble de causes qui méritent d'être citées dans un travail complet et bien qu'à elles seules elles soient impuissantes à provoquer l'affection qui nous occupe.

On doit admettre cependant à priori que puisque l'urine normale ou pathologique est capable d'irriter et d'enflammer le prépuce, toutes les causes qui augmentent la durée du séjour de ce liquide au contact de la muqueuse balanique sont capables d'amener plus facilement le développement de l'affection. Nous sommes ainsi conduits à envisager toutes les circonstances où la mic-

tion anormale est continue ou répétée et s'effectue suivant un jet défectueux favorisant la rétention urinaire sous-préputiale. On connaît chez les *rétrécis* la déformation du jet en tire-bouchon, en vrille, en arrosoir et en déviation latérale. La diminution de son volume et de sa force de projection, l'augmentation de la durée de la miction et la fréquence de celle-ci précédant quelquefois l'incontinence par regorgement. Toutes ces causes évidemment, qui perpétuent et assurent un contact plus intime de l'urine avec les parois du vestibule balano-préputial, favorisent les chances de développement de la balanite. On pourrait en dire autant et pour la même raison des *prostatiques*, des *calculeux*, des *cystiques* et des *pollakiuriques* en général. Il convient surtout d'ouvrir un paragraphe spécial pour les troubles fonctionnels urinaires d'origine nerveuse parce qu'ils feront pour nous l'objet d'une discussion spéciale au sujet des balanites de diabète. Que ce soit le tabès, l'hystérie ou différentes affections de la moelle ou de l'encéphale, peu importe si l'incontinence d'urine survient après avoir été précédée d'une période plus ou moins longue de parésie vésicale et d'émission insuffisante du jet qui souille l'extrémité de la verge avant d'éliminer l'urine au dehors. On connaît les incontinenes plus ou moins complètes des paralytiques généraux, hémiplegiques, des comateux, des séniles et des lypémaniques, etc. L'incontinence essentielle nocturne des enfants ne produit pas seulement l'érythème des cuisses et du scrotum, mais peut encore exercer son influence sur une verge atteinte de phimosis constitutionnel. Dans les psychopathies uri-

naires on trouve seulement l'hypochondrie et la neurasthénie, comme pouvant donner naissance à de la pollakiurie et de la parésie vésicale favorables au développement des balanites et prédisposant surtout le malade diabétique à y ajouter une très grande importance ainsi qu'on nous le verrons dans la suite.

IV. — GROUPE MÉDICAMENTEUX.

Ce groupe présente une réelle importance clinique et mérite d'être connu et décrit malgré le silence qui règne à son sujet dans les ouvrages de maladies vénériennes. Les balanites médicamenteuses peuvent provenir de trois sources : ou bien de l'action de topiques chimiques appliqués directement sur la verge, ou bien de l'irritation provoquée par une urine chargée de principes toxiques pour les téguments et résultant d'une médication interne, à moins qu'il ne s'agisse de ces deux circonstances combinées. Dans le premier cas ce peut être la conséquence de frictions faites *in situ* ou même à distance, soit qu'il s'agisse de détruire des parasites du pubis au moyen du mercure ou des acares du dos de la verge à l'aide du soufre. Il est singulier de remarquer combien certaines peaux intolérantes s'influencent notamment de l'action du mercure au point de devenir érythémateuses sur une vaste surface. Toutefois les balanites médicamenteuses évoluent surtout particulièrement sur une catégorie de malades bien connus des syphiliographes, et nous nous rappelons en avoir entendu parler dans ses cliniques

du mardi et du vendredi par le professeur Fournier dont la compétence à ce sujet peut être considérée comme hors de pair. Si la crainte de la vérole est généralement d'éclosion habituelle dans tous les esprits et surtout à la suite d'un coït suspect, il faut convenir qu'elle peut devenir une véritable hantise et une sorte de phobie chez certains malades hypochondriaques ou neurasthéniques. Ce sont en général des gens du monde dont l'instruction au-dessus du commun, est quelque peu teintée de notions médicales. Ces malades ne peuvent cohabiter avec une femme inconnue sans être pris de transes sur l'issue de leur contact avec elle. Vous les voyez les jours suivants s'examiner plusieurs fois par jour attentivement la verge et presser le méat pour tâcher d'y découvrir quelque indice révélateur. S'agit-il d'une simple rougeur, d'une éraillure traumatique du frein ou d'un groupe de vésicules herpétiques, immédiatement la peur les prend, heureux encore s'ils s'adressent de suite à un médecin spécialiste, et en admettant encore que celui-ci soit de la bonne marque. Dans beaucoup de cas ce sont les livres ou leur imagination qu'ils consultent, et c'est alors qu'interviennent tous les ingrédients à base de mercure tels que pommade au calomel ou iodoforme, etc., à moins qu'il ne s'agisse de cautérisations *larga manu* au nitrate d'argent.

Nous avons connu même certains malades qui n'avaient pu attendre l'explosion supposée de la lésion qui sotte-ment les affole et, pris de sainte horreur pour la vérole, sans vouloir cependant se départir de leurs instincts de paillardise, exercer le coït sous condition de se tremper

immédiatement la verge dans un liquide antiseptique. Nous avons vu ainsi des balanites médicamenteuses formidables, nées d'une immersion dans de l'eau phéniquée trop forte ou dans une solution de sublimé ou de permanganate de potasse à un degré trop concentré. Une autre catégorie de ces malades se recrute parmi les ignorants qui s'aperçoivent un jour d'une plaie de la verge consécutive à un coït douteux plus ou moins éloigné, prennent avis de leurs voisins ou d'eux-mêmes et font de la thérapeutique des plus fantaisistes. Beaucoup même vont chez le pharmacien, et ce ne sont pas toujours les mieux traités ; c'est alors qu'intervient sur les plaies simples ou les véritables chancres toute la lyre des caustiques au chlorure de zinc, sublimé, acide phénique, perchlorure de fer, nitrate d'argent, le tout saupoudré de salol, iodoforme et assaisonné de pommades qui doivent nécessairement faire la fortune des apothicaires. Le résultat est encore une vive inflammation préputiale et d'autant plus que le patient a toujours soin d'ensevelir précieusement, sous le prépuce, la drogue qui doit à son point de vue le guérir de sa vérole présumée.

Cette thérapeutique incendiaire, née de l'ignorance et de la peur, est bien faite pour déterminer des balanites graves soit qu'il s'agisse de caustiques puissants maniés sans réserve et diffusant leurs effets en profondeur et en surface, soit qu'il s'agisse de produits iodés ou hydrargyriques ou de certaines substances comme le salol, capables d'exercer une influence néfaste sur des téguments prédisposés. On sait à un autre point de vue combien

ces applications caustiques exagèrent et dénaturent le caractère d'une ulcération ou d'une simple plaie au point de fausser le diagnostic et de donner au médecin des doutes sur la réalité d'une infection générale concomitante.

Les urines médicamenteuses qui constituent le second mode des irritations du prépuce envisagées dans ce groupe sont susceptibles d'exercer leur action nuisible chez les phimosisiques prédisposés. Ce sont les cantharides (Tardieu-Guyon), le nitrate de potasse (Lallemand), l'iodure de potassium (Mercier), le thapsia (Bondu), qui peuvent être, dans la circonstance, plus particulièrement incriminés. L'action inflammatoire que ces substances peuvent produire sur les parois de la vessie et de l'urèthre par l'intermédiaire de l'urine ainsi qu'on l'a maintes fois observé, doit nécessairement se poursuivre sur la muqueuse préputiale dans les circonstances de contact et de durée plus particulièrement favorables.

Dans ce dernier cas, il est possible que le topique local et la médication interne susceptibles d'altérer la composition des urines exercent une action combinée dans leur œuvre d'irritation de la muqueuse préputiale.

Nous trouvons ainsi naturellement place à la *balanite iodo-hydrargyrique de Cordier* que nous avons appelée de ce nom et sans avoir été autrement documenté si ce n'est par le témoignage du livre de Besnier et Brocq qui en font mention dans leur ouvrage de pratique dermatologique. Cette variété d'irritation des muqueuses trouve son origine dans l'action simultanée de l'iodure de potas-

sium pris à l'intérieur et d'un composé de mercure employé comme médicament externe. Les ophtalmologistes tels que Hennequin, Isambert, avaient déjà remarqué ce fait à l'occasion de la conjonctive sur laquelle on applique volontiers soit de la poudre ou de la pommade au calomel, soit la pommade si classique d'oxyde jaune. Chez certains malades traités pour des irido-chloroïdites plus ou moins spécifiques, à moins qu'il ne s'agisse surtout de kératite interstitielle de syphilis héréditaire, il est possible qu'ils soient soumis simultanément au traitement interne iodo-potassique. C'est dans ces conditions qu'on voit la conjonctive s'irriter outre mesure au contact de la pommade hydrargyrique pour se calmer aussitôt que la médication iodurée est suspendue. Ce fait clinique n'est pas constant, mais il est possible et emprunte surtout sa facilité de développement à l'idiosyncrasie individuelle. Il en est chez lesquels cinquante centigrammes d'iodure de potassium pris à l'intérieur suffisent. L'explication de ce phénomène est d'ailleurs facile à donner. On sait d'abord que l'iodure de potassium à lui seul est capable de déterminer du coryza et de la conjonctivite définis sous le nom caractéristique de grippe iodique. Ce fait résulte sans doute de l'action directe sur la muqueuse de l'iodure éliminé par les larmes ou le mucus nasal. Or l'iodure de potassium au contact d'un composé mercuriel donne facilement le biiodure d'hydrargyre extrêmement irritant. Il suffit pour s'en convaincre d'appliquer successivement sur la peau une pommade mercurielle quelconque et un topique à l'iodure de potassium. Le phénomène de l'inflammation conjonc-

tivale résulte dans la circonstance de l'action du biiodure de mercure formé *in situ*. Les observations de balanite iodo-hydrargyrique n'ont point à recevoir d'autre explication. Dans le traitement des maladies vénériennes il est encore plus commun qu'en ophtalmologie de soumettre les malades à l'action simultanée d'un topique mercuriel et d'une médication interne iodurée. Le fait est courant dans toutes les manifestations de la syphilis tertiaire ou de transition à la surface balano-préputiale. C'est en général la pommade au calomel ou au turbith qui est employée de préférence contre les syphilis génitales et on conçoit que l'urine, plus ou moins chargée d'iodure de potassium, puisse contribuer de ce fait à provoquer la formation sur le prépuce de biiodure de mercure si irritant d'où naît la balanite de Cordier.

V. — GROUPE DES MALADIES ÉRUPTIVES

Ce groupe n'est pas non plus d'une bien grande importance, mais nous devons le citer néanmoins pour mémoire. Parmi les éruptions qui peuvent être observées sur le prépuce nous trouvons les pustules de *variole*. Sans doute, ce n'est peut-être là qu'un cas bien particulier, mais on le trouve relaté par les auteurs notamment par le professeur Fournier dans le dictionnaire de Jaccoud. Il est possible qu'à la suite d'une éruption confluyente de variole non seulement la muqueuse balano-préputiale s'enflamme du fait des pustules mais encore au contact du pus virulent et abondant qui naît de la sécrétion. A

part quelques exemples cités en ce qui concerne la variole, nous n'avons pas vu que la rougeole, la scarlatine, et toutes les maladies éruptives, sévissent plus particulièrement sur l'extrémité de la verge et de son enveloppe et aient donné lieu à quelques exemples de balanite. Nous avons placé dans ce groupe la *balanite herpétique* parce que l'herpès est bien une maladie éruptive quoique spéciale dans ses manifestations. Cette affection n'est pas nécessairement vénérienne et c'est pour ce fait que pouvant plutôt naître spontanément sous l'influence d'une autre cause, bien que celle-ci soit souvent prépondérante, nous avons fait figurer les balanites qui peuvent en dériver de préférence dans le groupe des maladies éruptives.

L'herpès génital constitue bien la maladie la plus commune qu'on puisse observer sur la muqueuse balano-préputiale, capable de donner le change sur sa véritable origine surtout quand le traitement local en a modifié la physionomie. Tous les syphiliographes sont du même avis à cet égard et ont été au moins une fois dans leur existence professionnelle tentés de lui appliquer faussement une étiquette de spécificité (chancre herpétiforme de Dubuc). L'herpès génital est à ce point commun même qu'on l'a appelé récidivant en raison de la singulière facilité qu'il a de se reproduire in situ et à des périodes plus ou moins rapprochées. Nous n'avons pas ici à sortir du cadre que nous nous sommes tracé et à décrire l'herpès, qu'il nous suffise de signaler sa fréquence, notamment chez les arthritiques nerveux, et la part qui lui revient dans la balanite. Nous verrons qu'à ce titre l'herpès

génital est très commun chez les diabétiques (Dubuc, Phimosi consécutive à l'herpès des diabétiques. *Gazette des hôpitaux*, 1874). Malgré les recherches qui ont été faites, on ne sait pas encore aujourd'hui si ces séries d'éruptions s'exerçant toujours sur la même aire topographique et qui ressemblent à un véritable ensemencement de la muqueuse préputiale sont justiciables d'un microbe ou d'un épiphyte. Le terrain sur lequel il se développe, est dans tous les cas bien spécial, et nous ne sommes pas éloigné de croire qu'il faut aussi une surface locale prédisposée. Ceci nous amène à exprimer cette interrogation : l'herpès dans la majorité des cas cliniques peut-il se développer spontanément sur une muqueuse saine ou n'est-il pas déjà la conséquence de l'irritation de celle-ci sous l'influence d'une autre cause ? Il y aurait dans le second cas lieu d'exclure l'herpès comme cause déterminante de la balanite vis-à-vis de laquelle elle ne présenterait qu'une lésion consécutive et rapportée.

Tel n'est point l'avis de Capdeville. (*Thèse de Paris* 1879) qui décrit une balanite herpétique et nous nous rangeons à son opinion. Si l'herpès peut naître en effet d'une surface préputiale déjà irritée, il est des cas où l'éruption évolue spontanément sur une muqueuse saine. Dans tous les cas, il faut retenir surtout que pour peu que le nombre des vésicules soit considérable, la sécrétion irritante dont elles sont le siège est surtout la cause occasionnelle de la balanite diffuse chez les phimosiques constitutionnels peu soucieux des soins de propreté. Ce sont, d'autre part, dans la majorité des cas, les plaques

d'herpès contre lesquelles les phobiques s'insurgent et qui sont l'occasion d'une thérapeutique déplacée aggravante d'où naissent les balanites médicamenteuses.

VI. — GROUPE PARASITAIRE ET INFECTIEUX

Il comporte également des cas peu nombreux. Nous avons déjà vu que la pthiriasse du pubis est capable d'avoir son retentissement sur les enveloppes de la verge quand on fait un emploi trop copieux de pommade mercurielle pour détruire les parasites. Mais ce n'est là qu'une circonstance étiologique parasitaire éloignée de la balanite. La *gale* nous offre l'exemple d'une cause plus directe. La peau de la verge, souple et fine, est un lieu d'élection préféré, d'habitat de l'acare et à tel point qu'il est toujours convenable de rechercher dans les cas douteux si l'extrémité du pénis ou ses enveloppes ne présentent point de sillons. On conçoit dans ces conditions que le prurit, l'effet du grattage et celui du savon vert et de la pommade soufrée en usage dans la frotte puisse donner quelquefois lieu à des accidents de balanite.

Il suffit de citer pour mémoire la possibilité du développement du *muguet* et des fausses *membranes diphtériques* sur la muqueuse balano-préputiale. Les auteurs ne font que signaler ces cas, rares à la vérité, mais pouvant déterminer des variétés de balano-posthites plus ou moins intenses.

VII. — GROUPE VÉNÉRIEN

C'est incontestablement le plus important, celui qui est reconnu et représenté dans tous les auteurs. La raison en est que la verge doit présenter surtout en clinique toute la conséquence de sa raison fonctionnelle, c'est-à-dire porter particulièrement les stigmates de toutes les affections dites vénériennes.

Or, nous allons voir que tous les types de ces maladies sont nombreux et variés. Ils peuvent tous aboutir et s'accompagner de balano-posthites plus ou moins généralisées. Nous serons ainsi appelé à passer en revue, sans exception, toutes les maladies de la verge nées d'un coït impur.

La *balanite blénnorrhagique* est signalée par tous les auteurs sans exception et plus spécialement par Fournier qui établit, dans son article balanite du dictionnaire, qu'il existe une véritable chaude-pisse externe assimilable à une sorte de blénnorrhagie balanique. Cette opinion qu'il formulait au point de vue clinique, il y a déjà bien longtemps et avant la découverte du gonococque spécifique, a été de nos jours reconnue exacte.

Le pus blénnorrhagique n'attaque pas seulement la muqueuse de l'urèthre, mais encore, on le savait déjà, la conjonctive et la muqueuse vaginale et balano-préputiale. Il est des cas nombreux, même où l'inflammation blénnorrhagique se réfugie jusque dans les cryptes du sillon balano-préputial, pour y constituer cette variété de folliculite existant également chez la femme et si rebelle à

tout traitement. La coexistence de la balanite et de la blennorrhagie est un fait banal en clinique. Sigmond en cite 59 cas sur 317 écoulements uréthraux, de Castelnau trouve dans une statistique de 104 balanites 27 blennorrhagies uréthrales concomitantes. Le fait est indéniable et relève d'ailleurs de causes absolument évidentes.

La balanite des blennorrhagiques procède d'un certain nombre de causes qui s'ajoutent et se complètent dans leur œuvre d'irritation balano-préputiale. En premier lieu, il convient de citer l'abondance et l'action irritante toute spéciale du pus blennorrhagique que nous avons vu exercer ses ravages même en dehors des muqueuses génitales. Puis c'est le contact de l'urine plus ou moins chargée de principes balsamiques qui devient néfaste sur une muqueuse érythémateuse ou exfoliée de son épiderme, baignée dans la suppuration. C'est encore le jet de cette urine qui sort en bavant ou par côté, ou en pomme d'arrosoir, inondant plus facilement le vestibule balano-préputial et consécutif au rétrécissement, inflammation de l'urèthre provisoire ou déjà ancienne. C'est surtout, il va sans dire, chez les sujets où le pus et l'urine s'accumulent sous le prépuce naturellement phimotique et sans souci des soins de propreté que la balanite de cette nature a des chances d'évoluer rapidement et d'acquérir une certaine gravité. Il faut envisager d'autre part, que la blennorrhagie est surtout une maladie des jeunes gens ou des adultes en pleine puissance génésique. N'allez point croire que pour eux les écoulements soient toujours le commencement de la sagesse. A côté de certains timorés qui se soignent avec conscience,

ou de certains autres qui suppurent trop abondamment et pour lesquels l'émission de l'urine et le coït sont une cause de vives souffrances, vous avez une grande majorité de sujets insoucians qui continuent à boire et à forniquer suivant les ardeurs de leur âge et de leur tempérament. Cette multitude de raisons suffit à établir pourquoi la blennorrhagie et la balanite sont si souvent associées.

Balano-posthite syphilitique.— Les manifestations péniennes de la vérole, qu'elle soit primitive, secondaire ou tertiaire, peuvent amener nécessairement l'inflammation plus ou moins généralisée du prépuce. Cette question paraît plus spécialement avoir été étudiée tout d'abord par Lagneau, Ricord, Grisolles et Rollet ; mais c'est Mauriac, médecin de l'hôpital du Midi qu'elle a particulièrement intéressé. Un de ses élèves, Rizat, dans sa *thèse* de 1877 (Paris) sur le phimosis et la balano-posthite syphilitique a cité dix observations de chancre et trois observations de plaques muqueuses avec quatre très belles planches et 16 figures à l'appui. Badre, inspiré également de Mauriac, dans sa *thèse* de Paris 1895, sur les balano-posthites gangréneuses, cite 128 cas de balano-posthites dont 74 à la suite de chancres syphilitiques et consécutives à des plaques muqueuses. Mauriac lui même a exposé ex-cathédra son opinion dans une série de conférences à l'hôpital du Midi, recueillies par son interne, Chevalier, et reproduites dans la *Gazette des hôpitaux* du 18 septembre 1875. Il établit trois catégories de chancres infectants du méat, du filet, du limbe et de la rainure, capables de donner naissance à de la

balano-posthite. Il cite également les plaques muqueuses comme pouvant donner lieu à la même affection.

Au sens anatomo-pathologique du mot, il est bien évident que toute lésion inflammatoire du gland ou du prépuce peut être considérée comme de la balano-posthite. Le chancre induré est une balano-posthite ulcéreuse ; il en est de même des syphilis tertiaires ramollies ; les plaques muqueuses provoquent une balanite érosive, etc. Toutefois, le phénomène peut être plus complexe, et nous trouverons là l'occasion de dire un mot étiologique des différentes variétés de balanites des lésions syphilitiques.

La *balanite de chancre induré* est tout à fait spéciale ainsi que l'a établi Mauriac ; c'est en somme le type de la balanite limitée, n'ayant pas de tendance à s'étendre en surface à moins qu'il ne s'agisse de la variété rare de chancre infectant phagédénique. L'ulcération noyée dans un tissu scléreux susceptible de se gangrener quelquefois n'est pas, comme on sait, le siège d'une sécrétion bien abondante. Il en résulte que la balanite du chancre induré est bien rarement et consécutivement diffuse. Il est impossible, d'autre part, d'après la loi de l'infection définitivement établie, que le gland et le prépuce s'inoculent secondairement à la faveur d'une érosion produite par le pus. La *balanite des syphilides tertiaires* née le plus habituellement de tubercules ou de gommes ramollies pour les mêmes raisons, présente peu de tendance à la généralisation. La *balanite de plaques muqueuses* de l'avis de Mauriac et de plusieurs auteurs devient plus facilement diffuse. Ce n'est point ici, en effet, la lésion en elle-

même et toute de surface à moins qu'elle ne soit étendue, qui constitue la balanite, mais le pus abondant et irritant qu'elle secrète et dont l'action sous le prépuce irradie au loin les effets de la plaque initiale. Il reste toujours sous-entendu que les sujets malpropres et à phimosis constitutionnel sont les plus aptes à contracter cette variété de balanite. La *balanite chancrelleuse* résulte de l'évolution du chancre simple et doit être par conséquent classée à part puisqu'elle n'est point syphilitique. La thèse de Badre, déjà citée, sur les balano-posthites gangréneuses en fournit 14 observations. Petitjean en donne également plusieurs types dans sa thèse de 1885 (Paris) sur les balano-posthites gangréneuses consécutives aux chancres mous sous préputiaux. Il est à remarquer d'ailleurs que c'est le même auteur Mauriac qui a servi d'inspirateur à ces travaux et nous le voyons traiter lui-même la question dans le *Progrès médical* de 1875. Balano-posthite gangréneuse de chancre simple). Toutefois, c'est également dans la thèse d'un de ses élèves, Petit, sur les balano-posthites chancrelleuses (Paris 1882) que ce chapitre étiologique spécial de l'affection qui nous occupe est le plus prolixement traité. L'auteur, suivant les idées de son maître, établit par douze observations que de tous les agents susceptibles de donner la balano-posthite, il n'en est pas de plus actif que le pus de chancrelle à cause de son abondance et de son extrême virulence. Il expose de ce fait que les chancres renfermés totalement sous le prépuce et nés sous le limbe et dans la rainure sont les plus pernicioeux en raison de l'emprisonnement du pus abondant et irri-

tant qui naît incessamment à leur niveau. D'ailleurs, bien avant déjà, Fournier et Ricord dans leurs leçons sur les chancres avaient fait remarquer combien cette forme de balanite est grave, parce que le pus exerce non seulement une action érythémateuse à distance très vive, mais encore parce que la desquamation de la muqueuse, qui finit par en résulter, permet au bacille de Ducrey de s'inoculer secondairement pour provoquer de nouvelles chancres. Pour ces raisons capitales, le chancre mou sous préputial peut donc être le point de départ de balano-posthites extrêmement graves et nées d'une inflammation si vive qu'elle aboutit fréquemment à la gangrène ainsi qu'en témoignent les nombreux travaux précédemment cités. Notre expérience personnelle nous a permis, quant à nous, de contrôler la légitimité de cette opinion devenue classique.

La *balanite de végétations* que nous avons reproduite ici figure dans les précédentes classifications étiogéniques des balanites, parmi lesquelles les mieux comprises sont celles de Capdeville dans sa thèse de 1869, et plus récemment celle de Berdal dans son livre des maladies vénériennes. Nous pourrions répéter ici ce que nous avons dit à propos de l'herpès. Les végétations sont-elles la cause ou la conséquence de la balanite ? Elles sont à coup sûr d'origine vénérienne, car les auteurs répètent à qui mieux mieux qu'elles sont la conséquence de la blennorrhagie ou du coït exercé sur des personnes atteintes de leucorrhée et de métrite. Il convient seulement de remarquer que la balanite existe déjà dès l'instant qu'elles naissent d'une érosion de la muqueuse.

Toutefois, on ne peut nier qu'il existe cependant des cas où ces végétations s'exfolient, irritent la muqueuse préputiale de leur contact surtout lorsqu'elles sont enfouies sous le limbe et peuvent, en dernier lieu, donner naissance à une sécrétion irritante favorable ou adjuvante au développement de la balanite. Il peut se produire en somme sous le prépuce les mêmes effets inflammatoires de voisinage que ceux qui sont parfois constatés à l'occasion des polypes du vagin.

Ils nous reste maintenant à aborder deux variétés de balanites vénériennes qui sont deux nouvelles venues depuis l'époque où Fournier écrivit son article balanites dans le *Dictionnaire de Jaccoud*, et qui donnent à ce chapitre surtout la physionomie d'un travail complet et au niveau des progrès du jour. Ces deux affections spéciales sont la balanite érosive circonée de Berdal et Bataille et la balanite pustulo-ulcéreuse de du Castel.

La *balanite érosive circonée de Berdal et Bataille* a été décrite pour la première fois par ces auteurs en 1889. et figure dans les *Mémoires de la Société de biologie et de Médecine moderne*, tome II. On la trouve reproduite dans le livre des *Maladies vénériennes* de Berdal et aussi par Du Castel au chapitre des balanites dans la *Pratique dermatologique* de Besnier et Brocq. Ce sont des érosions n'intéressant que l'épiderme et se réunissant pour former des contours polycycliques à marche centrifuge. Cette affection est toujours consécutive au coït et ne se produit point sous l'influence des causes banales habituelles. C'est donc une affection vénérienne locale au même titre que le chancre simple. Cette affection est

autoinoculable sur le même sujet et se reproduit en série sur des individus différents. Berdal et Bataille ont ainsi pratiqué des inoculations positives par piqûres, raclages et imprégnations au moyen d'un pinceau. Toujours le succès a répondu à leurs tentatives et d'autant mieux que l'extrémité de la verge était pourvue d'un prépuce exubérant. Le phimosis constitutionnel prédispose donc au développement de la lésion. Il s'agit par conséquent d'un pus spécifique qui n'a rien de commun avec celui du chancre mou de la vérole. De même des expériences parallèles affectuées avec le produit de sécrétion de balanite vulgaire, de smegma, de règles ou de leucorrhée, ainsi que l'inoculation du pus blennorrhagique n'ont rien produit d'analogue. On obtient bien de cette sorte de la balanite erythémateuse mais sans aucun rapport avec la forme clinique indiquée. Ce pus virulent est tellement offensif et spécial qu'il ne s'amoindrit pas dans ses effets constants par son mélange avec l'urine ou le mucus vaginal. En d'autres termes, la balanite érosive circonée de Berdal et Bataille n'a rien de commun avec la balanite irritative commune et mérite une place spéciale dans la classification que nous avons donnée des inflammations balano-préputiales d'origine vénérienne. Dans toutes les observations, cette affection s'est toujours développée après le coït et jamais sur des individus vierges. Les autres causes de balanites ne sont que prédisposantes. Le microscope décèle dans ce pus spécifique toute une flore de microbes et plus particulièrement de spirilles décrites par Donné, Alvarez et Tavel. Elles se montrent isolées ou enchevêtrées, onduleuses, de lon-

gueur variable, douées de mouvements très vifs et de vitalité faible. Leur quantité est considérable bien que mêlées à d'autres bactéries, et leur présence constante les a rendues suspectes et à fait penser qu'elles pourraient bien être la cause déterminante de cette balanite spéciale. Elles n'existent point dans le pus des balanites simples ni dans le produit de sécrétion des chancres quels qu'ils soient. Des essais de culture de cette spirille, présumée spécifique, sont restés malheureusement stériles et n'ont pu confirmer la virulence exclusive qu'on a été tenté jusqu'ici de leur attribuer.

Nous avons vu, quant à nous, quelques exemples typiques de cette variété clinique de balanites qui rappelle un peu, par son aspect, le glossite désquamative ou la langue géographique des enfants. Elle s'accompagne généralement d'une suppuration très abondante et d'odeur fétide. Nous avons pensé qu'il s'agissait uniquement d'une lésion vulgaire de balanite essentielle érosive superficielle et purement subordonnée à l'action fantaisiste du pus érodant, baignant toute la surface du gland et enfermé sous le prépuce. Les recherches bactériologiques et la reproduction de cette variété clinique par voie d'inoculation doivent nous obliger, et eu égard à ses origines, à en faire, comme Berdal et Bataille, une entité spéciale d'inflammation balano-préputiale vénérienne, et c'est à ce titre qu'elle doit figurer et être maintenue dans notre classification.

La *balanite pustulo-ulcéreuse de du Castel* a été décrite, la première fois, par cet auteur dans ses leçons cliniques sur les ulcérations des organes génitaux. On la

trouve reproduite dans la dermatologie de Hallopeau et de Lerredde, de même que dans les maladies vénériennes de Berdal et le livre de Besnier et Brocq, qui représentent actuellement les ouvrages les plus contemporains. Ce sont des pustules de petite dimension souvent confondues, à tort, avec des vésicules d'herpès, mais qui entament le derme plus profondément. Elles siègent surtout dans le sillon balano-préputial et donnent naissance à des ulcérations susceptibles de se réunir et de se fusionner pour former des plaies à contour polycyclique. C'est une affection nettement vénérienne, d'après du Castel, et faisant toujours suite à un coït suspect. Cette sorte de balanite impétigineuse, comme il serait tenté de l'appeler, est inoculable et paraît être de nature parasitaire. Il avoue néanmoins n'avoir pu trouver d'éléments figurés spécifiques.

Bien que le témoignage du médecin de Saint-Louis, en ce qui concerne cette nouvelle entité balanique, soit actuellement unique dans l'histoire des maladies vénériennes, nous lui devons une place dans notre étude étiogénique des inflammations balano-préputiales d'origine coïtale.

VIII. — GROUPE DIATHÉSIQUE

Nous aurions pu tout aussi bien écrire *groupe arthritique*, car c'est dans la catégorie de ces malades que Bouchard désigne sous le nom de retardés de la nutrition que cette variété de balanite se rencontre. Ce groupe est naturel et présente une réelle importance dans notre

classification. Nous l'avons rejeté à la fin, uniquement parce qu'il comporte la balanite du diabète sur laquelle nous avons particulièrement l'intention d'insister à un certain point de vue.

En somme, les inflammations du prépuce qui sont décrites dans ce groupe sont la conséquence de l'altération de l'urine dans sa composition clinique, non plus du fait d'une absorption médicamenteuse, mais exclusivement consécutive à un vice de nutrition et à une sorte d'autointoxication permanente par les substances assimilables insuffisamment carburées par les tissus. L'acide urique et le sucre sont surtout des produits de désassimilation auxquels nous faisons allusions en raison de leur propriété nocive immédiate ou consécutive. Le diabète insipide, phosphaturique ou azoturique moins fréquent est d'importance secondaire, car il ne paraît avoir d'actions sur la muqueuse préputiale que d'une façon très indirecte et du fait seulement de la polyurie chez des sujets phimotiques.

La *balanite uricémique*, ainsi que nous l'avons appelée, est donc la conséquence possible de l'action irritante des urines chargées d'acide urique. Sans vouloir dire absolument que cette cause puisse provoquer souvent d'emblée l'inflammation du prépuce, on peut assurer qu'elle y contribue lorsqu'elle est adjuvante à d'autres circonstances étiogéniques favorables. Les auteurs sont généralement assez sobres à cet égard et citent timidement la goutte et la gravelle comme pouvant prédisposer à la balanite. Nous serons plus explicite en raison des cas manifestes qu'il nous a été permis d'observer et chez lesquels les urines se recommandaient de l'avis des malades,

par un abondant dépôt de gravier de sédiment rouge au fond du vase. Certains même, accusaient l'émission directe par l'urèthre de sable urique. L'irritation du prépuce qui peut en être la suite provient d'abord de ce que l'urine des uricémiques est vulnérante du fait de l'action directe de l'acide urique, soit qu'il soit rubéfiant par lui-même en agissant mécaniquement, quand il est émis directement sous forme de gravier apparent ou microscopique. Il convient de remarquer d'autre part que les urines uricémiques sont très fermentescibles du fait de leur composition chimique complexe, et présentant non seulement de l'acide urique, mais une foule de composés azotés créatiniques, quand ce n'est pas de l'albumine résultant de l'altération plus ou moins accusée du parenchyme rénal. Ces urines deviennent facilement ammoniacales au contact de l'air et pour cette raison irritantes au premier chef. On sait qu'elles sont surtout l'origine de calculs vésicaux, mais il existe des faits qui se rattachent à notre cause et qui résultent dans les mêmes circonstances de la possibilité d'une lithiase sous-préputiale. Bien que nous n'ayons pas été témoins de cette curiosité clinique, il existe des observations indéniables où, l'urine séjournant dans quelque cloaque du fourreau, a pu y laisser à la longue des dépôts uro-phosphatiques. On trouve dans les traités de chirurgie de Fort, Tillaux, Duplay et Reclus des exemples de ces faits. Ces calculs préputiaux sont variables de nombre et de volume, solitaires ou multiples, polyédriques et de composition chimique analogue à ceux qu'on rencontre dans la vessie. Velpeau en a trouvé un de 130 grammes, Pineau trois

de 25 grammes... Quoi qu'il en soit, on ne peut nier que ces concrétions, nées déjà d'une urine fermentée et par conséquent irritante, soient le point de départ par eux-mêmes d'une vulnération traumatique du vestibule balano-préputial.

La *balanite oxalurique* dont nous n'avons observé aucun cas est possible pour les mêmes raisons.

La *balanite diabétique* qui doit clore cette longue série étiogénique des inflammations du prépuce nous retiendra plus longtemps, car elle sert de base à la seconde partie du développement de notre thèse.

Il ne faudrait point croire que ce soit là une entité morbide connue depuis bien longtemps. Nous avons fait des recherches à cet égard et voici l'historique qu'il convient de lui attribuer. Le premier auteur qui paraît avoir rapproché la balanite du diabète est Samuel Bardsley, chirurgien de l'hôpital Manchester (*Traité du diabète mellicus*) et ensuite Naumann en 1829 qui en parle dans ses cliniques. Nous arrivons ensuite en 1857-1864 à Gübler qui y consacre une description succincte dans le *Dictionnaire des sciences médicales* à l'article ascescence. A partir de cette époque, les rapports de la balanite et du diabète paraissent à ce point confirmés qu'un médecin allemand Friedreich de Heidelberg y consacre, dans les *Archives de Virchow* de 1867, un travail très important et inspiré des premières recherches bactériologiques dont les travaux de Pasteur, déjà connus et appréciés en médecine à cette époque, avaient servi vraisemblablement à constituer la base. A partir de cette époque, la balanite diabétique semble être entrée dans

le domaine classique et se trouve reproduite dans le *Dictionnaire* de Jaccoud de 1869 (*Dictionn. de médecine et de chirurgie pratique*). Elle donne également prétexte à plusieurs publications dans les différents journaux de médecine du temps, savoir notamment en 1874 à de Beauvais qui, dans la *Gazette des hôpitaux*, sous le couvert de balano-posthite diabétique, cite 20 observations. Dans la même année, Dubuc, également dans cette publication, parle de phimosis consécutif à l'herpès diabétique. Il convient encore de citer Demarquay qui, avant ces auteurs, en 1869 avait déjà, exposé les conditions de l'opération du phimosis chez les diabétiques. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce travail qui présente la plus grande affinité avec le sujet que nous avons l'intention de traiter. Enfin Mauriac, médecin de l'hôpital du Midi, que nous retrouvons toujours lorsqu'il s'agit de cette question des balanites, consacre en 1875 un paragraphe dans la *Gazette médicale* à la balano-posthite diabétique.

Nous avons gardé pour la fin le travail du professeur Fournier, parce qu'il consacre définitivement la question et lui donne magistralement toute l'authenticité qu'elle mérite et qui s'attache à la haute compétence de son auteur. C'est dans le numéro du 5 août 1892 que la *France médicale* fit paraître sous la signature du professeur Fournier une leçon recueillie par le docteur Greffier, Nous ne sachons point qu'on ait fait mieux depuis. C'est depuis cette époque que le terme de *diabétides-génitales*, dont s'est servi le médecin de Saint-Louis, est entré définitivement dans le langage technique, et personne n'a songé à lui contester la paternité de ce néologisme qui

exprime bien la réalité des faits. Il n'appartient point à notre programme d'entrer dans des détails symptomatologiques sur ce sujet que nous serions d'ailleurs inférieurs à mieux exposer et sous peine de nous livrer à de la parodie. L'étiologie des diabétides génitales, qui plus spécialement nous concerne, emprunte son origine de causes connues, déjà décrites, quoique incomplètement exposées à notre avis par les auteurs. Nous donnerons à ce sujet tout le développement qu'il comporte.

La balanite des diabétiques tient évidemment surtout à la présence du sucre dans l'urine qui donne à celles-ci des qualités fermentiscibles toutes spéciales. Nous ne sachons point que le sucre lui-même soit irritant pour la peau ni pour les muqueuses ; il a été même préconisé dans ces derniers temps par certains praticiens en application sur les plaies et contre quelques maladies cutanées. C'est seulement une substance qui se décompose avec la plus grande facilité et capable de donner des substances de désagrégation moléculaire variable suivant la qualité du germe ensemencé par l'air. Ce peut être l'alcool, l'acide acétique, l'acide lactique ou succinique, etc... sans que nous puissions attribuer plus spécialement à aucune de ces substances des propriétés irritantes particulières. Ces faits n'avaient point échappé à Friedreich de Heidelberg qui en a fait l'objet de recherches spéciales. En 1867, de Beauvais, que nous avons cité à la bibliographie, reproduit l'opinion de son précurseur. Il désigne d'ailleurs l'affection sous le nom typique de « balano-posthite parasitaire du diabète » et rappelle que Friedreich attribue l'action spécifique de l'urine sucrée au dévelop-

pement, dans son sein, au contact de l'air d'un épiphyte du genre *aspergillus*, assez analogue à l'*oïdium albicans*, et composé de spores arrondis à noyaux et vacuoles accolés deux à deux ou disposés en chapelet et noyés dans un mycélium enchevêtré plus ou moins touffu. Ce champignon existe en abondance dans le produit de raclage de la muqueuse du gland. Cette opinion a été reproduite depuis et figure encore dans les ouvrages actuels tels que celui de Brocq qui donne même à la balanite de diabète le nom caractéristique de « Balano-posthomycose. » Le travail déjà ancien de Friedreich est tout ce que nous possédons sur la bactériologie de la balanite diabétique,

Il a été depuis contrôlé et reconnu exact, mais il n'est pas invraisemblable d'admettre qu'il doit être incomplet, et qu'à côté de l'*aspergillus* décrit il puisse exister une foule d'autres germes qui contribuent à provoquer la fermentation et à détruire la composition chimique si éphémère du sucre en présence d'une grande quantité d'agents zymogènes. Les algues et *aspergillus* n'agissent point seules comme acteurs et apparaissent dans beaucoup d'autres circonstances et au hasard de l'ensemencement de l'air. Nous en avons été témoins une fois en ce qui concerne une plaie de la main qui avait été laissée et détergée seulement à l'air libre avec de l'eau de provenance douteuse. Les abords de la plaie se recouvrirent sur une certaine étendue d'une substance blanchâtre, glutineuse, que nous reconnûmes au microscope comme appartenant à une algue végétante. Les auristes n'ignorent point non plus que certaines suppurations de l'oreille

s'exagèrent du fait de l'ensemencement du pus par un genre d'*aspergillus* plus ou moins spécial.

Toutefois, si la fermentation de l'urine sucrée, quelle que soit son origine, est au premier chef nocive pour la muqueuse balano-préputiale, il ne faut pas croire que ce soit là l'unique étiogénie des diabétides générales. Brocq, dont nous partageons absolument l'avis, dit très bien que toutes ces lésions sont la résultante de causes combinées à la fois diathésiques, traumatiques et parasitaires. La théorie cryptogamique de Friedreich est donc trop exclusive et doit se compléter d'un certain nombre de circonstances adjuvantes. En clinique, il est à remarquer que lorsqu'on parle de diabète on doit presque toujours sous entendre qu'il est de nature arthritique et constitutionnel. Cette forme commune de diabète constitue la grande majorité des cas. Il faut donc convenir que, de ce fait, l'urine sucrée de ces malades n'est pas seulement irritante parce qu'elle contient du glucose, mais encore parce que celui-ci peut être associé à une plus ou moins grande proportion d'acide urique, de produits azotés de désassimilation et d'albumine même. Nous retombons donc ici dans tous les méfaits possibles de l'uricémie vis-à-vis de la muqueuse préputiale. Les urologistes connaissent très bien ce fait et combien est complexe la composition chimique des urines provenant de malades atteints dans leur nutrition générale, et quelquefois à la longue dans le fonctionnement du parenchyme rénal qui sert de filtre. Les cliniciens savent d'autre part que l'uricémie et le diabète sont susceptibles fréquemment de se superposer ou de s'alterner et comme

nés en somme de la même source pathologique. (Bouchard, *Pathologie générale*: retards de la nutrition).

Il convient d'ajouter, d'autre part, que ces malades sont en général de grands consommateurs, grands mangeurs et buveurs, luttant à leur insu contre l'insuffisance de leur nutrition et que, dans ces conditions, la composition de l'urine se ressent nécessairement de ces intempérances de régime. N'allez point leur parler d'hygiène alimentaire : il aiment à suivre leur appétit et s'y complaisent en le vantant parfois comme un signe de florissante santé. Manger beaucoup est synonyme de se bien porter pour la plupart des gens du monde. Il n'y a pas lieu de s'étonner dès lors qu'ils s'intoxiquent constamment, s'ils sont des retardés de la nutrition et qu'ils émettent des urines chargées de toutes sortes de produits de déchets insuffisamment oxydés très fermentescibles, et de ce fait menaçante pour l'intégrité de la muqueuse balanique.

La bonne chère ne va pas nécessairement sans les incitations aux plaisirs de l'amour et d'autant plus qu'elle est substantielle, excitante et copieusement arrosée. C'est ainsi que les effets du coït, très recherché par cette catégorie de malades, qu'il soit pur ou impur, viennent apporter aux causes décrites un nouveau contingent de circonstances additionnelles. On répète dans les ouvrages que le diabète mène à l'aphrodisie. Cette opinion qui doit faire partie du cadre symptomatique complet de la maladie est loin d'être exacte d'une façon absolue. Elle dépend entièrement de l'âge du sujet, de ses conditions sociales et de la quantité de sucre que contiennent les

urines. De ce que peut-être le sens génésique ne vibrera pas au gré du malade, il ne s'en suit pas que celui-ci doive se considérer comme destitué absolument de ses fonctions sexuelles ; il ne s'en excitera même que davantage, les circonstances se présentant, pour arriver au but. Nous laissons à penser ce que dans ces conditions, l'acte mécanique peut produire sur un organe déjà prédisposé par le contact de l'urine irritante. Il coule naturellement de source que ces malades, de chasteté peu sévère, sont des candidats fréquents à la blennorrhagie aiguë ou chronique et prédisposés aux anciens rétrécissements, on pourrait dire à toutes les maladies vénériennes dont pas une n'est exempte de balanite possible consécutive. On ne saurait même en excepter l'herpès qui trouve chez les diabétiques un terrain de prédilection et sévit à perpétuité sur les prépuces des glycosuriques (Dubuc. Herpès diabétique. *Gazette des hôpitaux*, 1874). Nous retrouvons donc là, en somme, subsidiairement tout le chapitre étiogénique des inflammations du prépuce d'origine vénérienne et urinaire anatomiquement parlant. Il y a plus encore, tant il est vrai qu'il est nécessaire de réfléchir mûrement sur un sujet pour en tirer la plus grande source de déduction possible. Les diabétiques arthritiques sont donc des intoxiqués permanents qui usent la vie par tous les bouts en détruisant leurs artères et leurs parenchymes. Les premiers deviennent scléreux et sont souvent atteints du « prostatisme de Guyon » avec toutes les conséquences de l'hypertrophie et de la déformation du col vésical et des troubles de la miction. Parmi les seconds ce sera surtout le rein qui

sera pris de néphrite goutteuse interstitielle avec symptômes de pollakiurie et de polyurie. Toutes ces conséquences tardives du diabète sont susceptibles de rejaillir indirectement sur la muqueuse préputiale de sorte que l'on peut dire que la glycosurie est une cause de premier ordre de l'évolution des lésions balaniques.

Il s'en faut cependant que, de nos jours encore, cette particularité étiologique des inflammations préputiales soit bien connue, et c'est à ce point que les livres classiques recommandent à juste titre l'attention des étudiants et des médecins à cet égard (Tillaux, Fournier, etc.). En présence d'une balanite, surtout chez un individu adulte ou âgé, *pensez toujours au diabète*, dirons-nous, après ces cliniciens de valeur et faites analyser l'urine. Un tube et de la liqueur de Fehling sont tout ce qu'il faut et n'excédez pas vos moyens en prétendant mettre une étiquette sur la qualité de l'affection d'après les apparences symptomatiques locales qui ne sont pas toujours pathognomoniques.

Nous abandonnerons maintenant notre programme étiogénique des balanites pour nous adresser à deux causes de production du diabète lui-même : la première émanant du milieu spécial où nous avons observé, la seconde devant naturellement nous amener à préconiser l'intervention opératoire qui sert de seconde partie à notre thèse.

Quelles sont les relations qui peuvent exister entre les conditions climatiques et la production du diabète envisagé en lui-même dans ses conséquences génitales ?

Au point de vue physiologique, il est permis d'admettre que l'élimination du sucre chez les glycosuriques des pays chauds trouve empêchement dans l'insuffisance de l'évacuation urinaire. Il en est de même d'ailleurs de l'acide urique simultanément excrété. La température élevée amène en effet une évaporation cutanée préjudiciable à la sécrétion de l'urine. Il y a entre la peau et le rein une sorte de balancement fonctionnel d'exclusion réciproque. Que la sueur puisse suppléer à l'épuration urique et créatinique, le fait a été démontré dans une certaine mesure ; nous ne saurions dire s'il existe de même des sueurs sucrées chez les diabétiques et ce problème est assez intéressant en lui-même pour que nous appelions sur lui les recherches des chimistes et des cliniciens ou physiologistes compétents. Nous ne nous sommes pas reconnu, quant à nous, la qualité suffisante pour opérer ce genre d'investigation. On pourrait en dire autant dans les mêmes conditions de tous les autres produits d'excrétion et des liquides intestinaux notamment qui constituent la diarrhée si commune en pathologie exotique. Jusqu'à plus ample informé, il est vraisemblable d'admettre que l'urine des glycosuriques, moins copieuse et moins aqueuse dans les pays chauds, doit s'augmenter par ce fait d'une plus grande proportion de glucose et être l'origine plus parfaite des lésions balaniques du diabète. D'après nos observations personnelles, il nous a paru que cette conception a du vrai et sans préjudice du supplément d'action que la température et la viciation de l'air des colonies présente sur la fermentescibilité de l'urine sucrée et les lésions irritantes provo-

quées sur la muqueuse préputiale. Parmi le grand nombre de balanites de causes diverses que nous avons vues et traitées, beaucoup empruntaient leur évolution rapide et inflammatoire à la malpropreté unie aux effets chimiques d'une excessive température. Nous avons trouvé là les indications de prescrire à nos malades des soins hygiéniques aussi bien thérapeutiques que prophylactiques.

Toute proportion gardée, le diabète est-il plus fréquent dans les pays chauds que dans les pays tempérés? Nous touchons-là à une question qui n'est pas neuve et dans laquelle le paludisme a été invoqué comme cause de glycosurie. Le rapport du diabète avec l'infection palustre avait été déjà entrevu par Sydenham qui signale chez des vieillards devenus glycosuriques des antécédents malariens (*Gazette hebdomadaire de médecine et de clinique*, année 1882). Franck émet aussi l'opinion que presque tous les diabétiques qu'il a observés (au nombre de 15) avaient été plus ou moins atteints de fièvre intermittente. Corneliani, en 1840, fait paraître un opuscule sur le diabète d'origine paludéenne, et Prout, en 1848, prétend que la malaria est la cause la plus fertile de non assimilation du sucre. Le travail le plus important qui parût à cette époque sur ce sujet, est celui de Burdel, en 1859, sur les impaludés de Sologne. Il cite 80 cas de fièvre intermittente tous accompagnés de glycosurie améliorée par le sulfate de quinine. Verneuil appuyé par un certain nombre d'observations de Ségen, professeur à l'Université de Vienne, se fait l'apôtre de cette opinion en la communiquant à l'Académie de médecine

et en créant pour la postérité médicale le terme de paludo-diabétique qu'il applique à cette catégorie de malades. Calmette, médecin de l'armée, a établi depuis dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* de 1882, qu'à Tunis, le diabète était une affection très répandue et coexistait fréquemment avec la cachexie palustre. Dutigny, dans sa thèse de Bordeaux de 1891-1892, en présente 28 observations. Lécorché, dont le nom a fait fortune en matière de diabète et depuis Laveran, ont accepté cette opinion. Elle se résume en ces deux principes : que les glycosuries d'abord temporaires au cours de l'accès de fièvre intermittente peuvent devenir définitivement permanentes chez des sujets prédisposés, et que ceux-ci sont particulièrement des arthritiques nerveux. L'irritation fonctionnelle du foie chez les paludiques, née des infections fréquentes de l'intestin, aurait pour effet de faire dévier la cellule hépatique de son rôle glycogénique.

Nous avons rappelé au passage cette opinion parce que notre expérience personnelle nous l'a fait admettre, et que les antécédents des malades glycosuriques sur lesquels portent nos observations signalées ci-dessous comprennent plusieurs accès de fièvre intermittente.

L'influence nerveuse dans la glycosurie fait l'objet des considérations dans lesquelles nous allons maintenant entrer pour servir de prologue à la description d'une variété de diabétiques que notre thèse a plus spécialement en vue. Depuis l'époque où Claude Bernard eut établi les relations qui existent entre le diabète et le plancher du quatrième ventricule et qui nous ont valu

même la théorie bulbaire de Pavy, la clinique a signalé les nombreuses affinités de la constitution nerveuse avec la surproduction du sucre. La glycosurie peut naître d'emblée d'une lésion du bulbe ou de l'eucéphale, mais ce sont là des faits rares relativement au diabète constitutionnel des arthritiques commun et que nous avons spécialement en vue. Tous les ouvrages encyclopédiques de médecine moderne : Charcot et Bouchard, Brouardel et Gilbert, Debove et Achard, Bernheim et Laurent, Lécorché, Dieulafoy sont unanimes sur ce point et en citent à l'envi des exemples. On sait en somme aujourd'hui, à n'en pas douter, que le diabète habituel est né le plus souvent d'une perturbation nerveuse associée à la dyscrasie arthritique. C'est si l'on veut la modalité névropathique de l'arthritisme. Seegen, Zimmer, Schmitz établissent nettement la parenté des diabétiques nerveux avec l'aliénation mentale. Il en est de même de Pavy qui cite la paralysie agitante, l'épilepsie, le goître exophtalmique comme prédisposant au diabète. Dieulafoy, d'autre part, expose que dans une même famille il a vu souvent de ces mutations du tabès et de la folie avec le diabète ; à père épileptique, enfant diabétique quand il est de souche arthritique. Cet auteur a fait, sur ce sujet, de nombreuses observations et des statistiques exposées dans les Archives de neurologie de 1891. On conçoit que dans ces conditions les médecins qui se sont occupés spécialement de la question, comme Lécorché et Bouchardat, recommandent à ces malades une vie tranquille, sans passion, sans préoccupation triste et exempte d'émotion vive. Le diabétique

neuro-arthritique est en effet un colis fragile (Lécorché) et d'autant plus qu'il a une hérédité nerveuse chargée. L'hygiène psychique doit être fondamentale, d'après Bouchardat, car certains de ces malades sont d'une mentalité particulière et dans un état d'apathie, de neurasthénie et d'hypochondrie bien étudié par Legrand-Dusaulle. (Etat mental des diabétiques. *Gaz. des hôpitaux*, 1884).

C'est pour avoir été témoin et bien convaincu de ce fait que nous avons voulu en faire, parmi la foule des diabétiques, l'objet d'une variété clinique à part, quand les accidents névropathiques concomitants de la glycosurie sont très marqués. Des observateurs de valeur comme Dieulafoy ont avant nous déjà saisi ce type de malades. Voici notamment ce que dit cet auteur : « La
« balanite des diabétiques est un épiphénomène de la dia-
« thèse dont les malades souvent n'osent pas parler, qu'ils
« prennent pour de la vérole et montrent souvent à un
« médecin inexpérimenté, lequel organise un traitement
« spécifique sans songer au diabète. »

Nous trouvons également dans Reclus et Kirmisson :
« Que le phimosis de diabète inquiète outre mesure les
« malades et peut donner lieu à des accidents de névro-
« pathie générale. » Ils citent Fleury qui, dans une communication à l'Académie de médecine en 1851, établit nettement que cette catégorie de sujets, atteints de troubles nerveux et mentaux réflexes, sont absolument assimilables aux femmes qui tirent leurs accidents de névropathie de troubles ou de déplacement utérin. Sayre, de New-York, avait, avant lui, dans les mêmes circons-

tances, cité un certain nombre d'observations d'hypochondrie hystériforme. Nous nous trouvons donc en bonne compagnie pour affirmer que la balanite et le phimosis d'induration qui en est plus ou moins rapidement la conséquence, ne sont pas acceptés avec la même indifférence par les malades et que certains d'entre eux y trouvent la source de tourments moraux.

D'ailleurs il faut convenir que les symptômes qui existent sur ces malades, lesquels sont avant tout des auto-observateurs, sont bien de nature à les effrayer. C'est l'écoulement pseudo-blennorrhagique, l'érythème balano-préputial, l'éruption à intermittences plus ou moins rapprochées de vésicules d'herpès en groupes quelquefois très étendus, l'eczéma du gland, la sclérose du prépuce et son hypertrophie (prépuce de carton de Fournier), etc. Ce sont encore les poussées inflammatoires plus ou moins vives qui naissent de cette irritation chronique sous l'influence de causes variables et exagérant momentanément les symptômes permanents. Or ces malades ignorent la cause de leur mal et après avoir pris des soins de propreté ou médicaux usuels sans résultat, en raison de la ténacité, bien connue de cette variété de balanite, née de la constance de la cause, s'affectent et se désespèrent. Beaucoup tombent dans la neurasthénie et l'hypochondrie avec toutes les phobies qu'elles engendrent. De changement de régime alimentaire et qui pourrait améliorer leur état il n'en est bien entendu pas question, et la dépression nerveuse résultant de cette nouvelle catégorie de craintes et de soucis exagère encore le taux du diabète suivant les principes physiologiques de la produc-

tion habituelle du sucre dans l'économie. Ce sont ces malades dont nous avons déjà parlé au chapitre des balanites médicamenteuses qui sont en contemplation perpétuelle devant leur verge et prennent à tout propos pour de la vérole des accidents nuls, insignifiants ou nés d'une autre origine. Les diabétides génitales, si promptes à s'exagérer sous l'influence du coït, leur font prendre toutes espèces de précautions inimaginables et suivre une thérapeutique qui n'est pas toujours du meilleur aloi, quand elle n'exagère pas les symptômes de l'inflammation balano-préputiale elle-même. C'est au sujet de l'herpès génital diabétique, si commun et si susceptible après ulcération d'en imposer pour un chancre, que beaucoup de médecins se sont trompés et ont entretenu, bien à tort, le malade dans ses transes syphilitiques. Tous les auteurs sont unanimes d'ailleurs à dire que la méprise est possible et surtout chez cette catégorie de malades atteints de la manie de cautériser toutes les plaies prétendues suspectes et d'y semer toutes sortes d'ingrédients plus ou moins irritants et bien capables de dénaturer l'aspect de l'ulcération et la consistance des tissus sur lesquels elle repose. Il est donc davantage nécessaire de mettre la plus grande circonspection dans le diagnostic et le pronostic que ces malades guettent sur votre bouche et dont ils sont prêts à tirer toutes les conclusions pessimistes possibles. La discrétion et la réticence doivent être dans la circonstance particulière la principale vertu du médecin, qui devra être plutôt réservé et dans un cas douteux attendre l'apparition de la roséole. Tillaux, dans sa chirurgie clinique, au cha-

pitre des ulcérations de la verge, en cite un cas tout à fait typique observé de concert avec le professeur Fournier. Il faut convenir, à un autre point de vue, que le milieu spécial dans lequel nous avons observé dans les pays chauds était bien digne à plusieurs égards de nous fournir des éléments d'études. Un médecin de marine, Lassabatie, ayant pratiqué trois années à la Guyane et à la Guadeloupe, nous donne à ce sujet dans sa thèse, des aperçus qui confinent de près à la nôtre. (*Thèse*, de Bordeaux 1886-1887. De quelques manifestations morbides non vénériennes observées sur les organes génitaux dans les pays chauds.) Il suffit d'ailleurs de réfléchir à la perturbation nerveuse profonde qui résulte de la transplantation dans les pays chauds d'organismes non adaptés comme ceux des Européens et suivant les circonstances éventuelles de l'émigration à notre époque. Layet, dans ses études d'hygiène intertropicale (*Archives de médecine navale*, 1877), parle du système nerveux et de l'impression qu'il subit de la part du climat et allant jusqu'à l'excitation exagérée. A une première période, il passe à un état de suractivité en rapport avec l'importance qu'il a à jouer dans les modifications des tissus ; car c'est de cette période d'exaltation que date la transformation fonctionnelle chargée de mieux adapter l'organisme aux rigueurs inusitées du climat. Les conditions climatiques spéciales aux pays chauds sont donc de nature à influencer le système nerveux général. En poussant plus loin l'analyse, il convient en doter surtout, au point de vue particulier qui nous occupe, les relations étroites qui existent entre ce système nerveux surex-

cité et les organes génitaux. C'est à la chaleur et à ses conséquences qu'est dû cet énervement continu et cette impressionnabilité plus vive à laquelle doit être en grand partie rapporté l'entraînement général des habitants exotiques vers les plaisirs sexuels. La surexcitation génésique a pour premier effet de milieu de pousser notamment les Européens à des excès génitaux d'où naissent par surcroît toutes les maladies vénériennes. Il convient de remarquer en effet que la lascivité chez les femmes est encore plus développée que chez l'homme et amène en elles avec le plaisir toutes les causes d'infection.

Quoi qu'il en soit, et en dehors du paludisme dont nous avons déjà parlé, le diabète dans les pays chauds peut trouver encore une circonstance favorable de développement dans l'hyperexcitabilité du système nerveux, née des conditions climatiques. Cet éréthisme exerce une action réflexe sur les organes génitaux qui sont surmenés dans leur fonctionnement. De cet enchaînement découle une propension plus facile à la balanite de diabète activée encore par la température en elle-même, la densité glycosurique des urines et les circonstances adjuvantes des sécrétions nées de la blennorrhagie commune et de toutes les maladies vénériennes si fréquentes dans les pays chauds. En dernière analyse, il ne devait point être rare de rencontrer surtout la catégorie des diabétiques neurasthéniques dont nous avons plus spécialement à parler. Chez des sujets à hérédité nerveuse chargée, l'hyperexcitabilité née du climat, la nostalgie, des soucis d'affaires et de fortune devaient faire naître la neurasthénie et l'hypochondrie avec leur cortège de phobies

au nombre desquelles nous avons signalé la *syphilophobie* d'origine diabétique. Nous ne devons pas encore oublier l'alcoolisme si commun dans les pays chauds, né des besoins de boire développés chez ces malades assoifés à plus d'un titre et déjà enclins à la dypsomanie par leur mentalité spéciale. Cette dernière cause n'est point faite pour leur rendre le calme pas plus qu'elle ne saurait diminuer le titre glycosurique de l'urine.

Nous en citons ici plusieurs observations :

OBSERVATION I

M. X., de Rio-de-Janeirio, courtier en bestiaux, 45 ans, père rhumatisant, mort d'une affection organique du cœur, mère vésanique, frère épileptique.

Malade obèse, chauve, grand mangeur et buveur, antécédents alcooliques, résultant des nécessités de sa profession, plusieurs attaques de coliques néphrétiques, un certain nombre d'accès de fièvre intermittente à la suite de voyages dans l'intérieur du pays, chagrins domestiques depuis plusieurs années, surmenage professionnel et neurasthénie pour laquelle il a déjà consulté de nombreux médecins.

Ce malade, l'air soucieux, nous expose qu'il vient nous trouver pour un cas particulier dont il n'a point voulu parler jusqu'ici à d'autres médecins, dans la crainte, pour le moins pusillanime, de passer à leurs yeux pour un débauché. Notre condition de médecin étranger à la ville constitue pour lui un gage de plus grande discrétion. Malgré quelques écarts de jeunesse et une blennorrhagie datant de longtemps, il ne se souvient pas d'avoir jamais eu un chancre. Et pourtant il est convaincu d'avoir la vérole. Il nous confesse tout bas que sa femme est son ancienne

maîtresse et qu'il n'est pas éloigné de croire que celle-ci, n'ayant pas toujours été de conduite exemplaire, a pu ainsi le contaminer. Il a lu des livres de médecine et nous raconte avec luxe de détails qu'il a depuis longtemps des boutons sur la peau et des éruptions à la verge qui doivent évidemment procéder de la même origine. Plusieurs fois même, et après quelques jours d'excès de coït légitime, il a été pris de suppuration de la verge qui ressemblait à la chaude-pisse, mais n'en était point car rien ne sortait du canal. Le gland était rouge, le prépuce tuméfié, et cette inflammation ne tomba que difficilement avec le repos et les soins de propreté. Actuellement il lui est venu, comme souvent, sur la verge, des rougeurs cuisantes et laissant après elles des plaies interminables qui ne peuvent être, dit-il, assurément que des plaques muqueuses, etc., etc.

A l'examen nous constatons une conformation de la verge à prépuce développé et un peu épaissi. On ne sent aucune induration sous la peau pas plus qu'il n'existe d'engorgement ganglionnaire. Les boutons de la surface du corps que le malade accuse en se déshabillant ne sont autres que de vulgaires pustules d'acné. Le méat est béant, rouge à l'extrémité, et ne présente pas trace d'écoulement à la pression de l'urèthre. La muqueuse préputiale est comme ridée, épaissie, et d'aspect légèrement eczémateux. En trois groupes existe manifestement une éruption d'herpès à vésicules rapprochées sur base inflammatoire. Un de ces groupes, en voie de réparation, a formé la plaie à contours polycycliques qui inquiète si fort le malade. Le diagnostic est certain, et d'une grande bénignité, et nous rassurons le malade après lui avoir conseillé de venir nous voir avec des renseignements sur la composition de son urine.

L'analyse accuse environ 35 à 40 grammes de sucre et nous prescrivons le régime anti-diabétique comme base du traitement, des alcalins et des soins hygiéniques génitaux. Nous revîmes plusieurs mois après ce malade chez lequel les poussées d'herpès n'avaient point disparu, non plus que les balanites à répétition. L'inquiétude morale du sujet et la difficulté

qu'il nous dit d'avoir à faire violence à son régime habituel nous conduisirent à la suppression de l'effet sinon de la cause. L'état général étant bon et les viscères peu altérés, l'urine ne contenant pas d'albumine, nous pratiquâmes une circoncision large en nous entourant de précautions antiseptiques minutieuses. La guérison de la plaie suivit son cours à peu près normal. Ce malade nous a écrit depuis et est toujours resté content de cette opération, qui ne l'a point guéri de son état neurasthénique constitutionnel, mais a supprimé, comme il l'avoue lui-même, une cause de tourment qu'il eut été toujours incapable de rattacher à sa véritable origine.

OBSERVATION II

M. X..., du Havre, négociant, 51 ans, père mort de paralysie générale, mère rhumatisante, type déformant chronique.

Malade artério-scléreux, plusieurs accès de coliques hépatiques, teint bilieux, sable urique dans les urines, habitudes alcooliques, fièvre intermittente au Mexique, nombreuses blennorrhagies, opéré d'un rétrécissement il y a plusieurs années, revers de fortune et soucis de famille, état neurasthénique très accentué.

Ce malade vient nous trouver en désespoir de cause, fatigué de consulter pour le même sujet et sans avoir pu obtenir jusqu'ici de guérison durable. Dans les premiers temps de sa jeunesse, nous dit-il, je me souviens toujours avoir eu une prédisposition spéciale pour la balanite et qui résulte, ainsi qu'on me l'a dit, du développement exagéré du prépuce. La meilleure solution, me dit-il, serait de supprimer celui-ci. J'y suis résolu et viens vous voir pour cela. La raison en est majeure, c'est qu'autrefois ces balanites étaient rares ou accidentellement produites par un écoulement blennorrhagique.

Aujourd'hui, au contraire, elles deviennent continuelles et sans que je puisse en donner la raison : Mes besoins génésiques ont diminué, ils ne me créent maintenant que d'assez rares occasions de les satisfaire et cependant il est curieux de voir combien je suis, au témoignage de médecins que j'ai consultés, pris de balanite et d'herpès après chaque tentative de coït. Je suis en situation de pouvoir dire même que ces accidents se sont développés spontanément quelquefois au milieu d'une période de continence absolue. Je ne sais quoi invoquer. J'ai déjà pensé à la syphilis, bien que n'ayant jamais eu autrefois de chancre. Ma santé est, à part cela florissante, je suis même d'un appétit exagéré et n'ai jamais souffert des libations copieuses auxquelles ma profession m'astreint parfois. Cet état présente de l'influence sur mon caractère déjà ébranlé par des soucis d'autre nature. De gai, je suis devenu préoccupé et triste et j'ai peur de tomber, un jour, comme mon père, dans la paralysie générale. Ce qui m'inquiète surtout, c'est de ne pouvoir obtenir la guérison médicamenteuse de la verge ; j'ai tout essayé : lotions à la feuille de noyer, à l'alun, le sulfate de zinc, des pommades et des poudres, rien n'y fait. Cela semble guérir ou s'améliorer d'abord et revient rapidement ; le moyen le plus simple selon moi, je le répète, serait de supprimer le prépuce, etc.

Nous fûmes de son avis, car il était inutile, dans l'état de découragement de ce malade, de songer de nouveau à employer la thérapeutique des topiques. Restait cependant à se demander si le diabète n'était pas en cause et ce à quoi personne avant nous, d'après les renseignements de M. X., n'avait songé. L'analyse des urines donna effectivement près de 50 grammes de sucre, dose déjà élevée. Nous fîmes part de ce fait au malade très surpris, et nous dûmes le convaincre de la nécessité de suivre un régime en même temps que nous le prévinmes des conséquences défavorables possibles d'une intervention opératoire dans ces conditions. Il consentit bien à suivre le régime ; mais ne voulut pas en démordre pour le reste,

prétendant, dans son exagération, qu'il préférerait mourir plutôt que de rester infirme génital.

La poussée de balanite dont il était atteint fut traitée par les moyens ordinaires et s'améliora assez facilement du fait du changement de régime. Le taux du sucre ayant baissé, la circoncision fut faite suivant le vœu du malade et s'opéra sur un tissu sclérosé avec assez de difficulté et une hémorrhagie abondante. La réaction inflammatoire, forte nous causa d'abord quelques appréhensions, mais finit par céder et la guérison s'opéra. Nous avons revu plusieurs fois ce malade, toujours nécessairement glycosurique, mais heureux quand même de nous être redevable de la suppression d'une des principales sources de ses anciens ennuis.

OBSERVATION III

M. X., de Bahía, négociant, 46 ans, père diabétique, mère et sœur hystériques.

Malade replet, eczémateux, artério scléreux, à en juger par le signe de la temporale très accusée, intempérant, habitudes alcooliques, plusieurs accès de goutte et trois atteintes de fièvre intermittente à la Guadeloupe, très affecté depuis la mort de sa femme il y a trois ans, convient qu'il est tombé depuis cette époque dans un état de mélancolie dont rien ne peut le soustraire.

Ce malade nous dit avoir eu un chancre autrefois et avoir été traité à cette époque comme syphilitique. Rien ne nous autorise à infirmer sa déclaration, car il est très affirmatif en ce qui concerne les plaques muqueuses de l'arrière-gorge, les éruptions à la peau, la céphalée et l'alopecie qu'il dit avoir été très marquée. Il suivit le traitement à peu près régulièrement deux ans et selon la règle adoptée par la grande majorité des malades il cessa, ne constatant plus rien

d'anormal pendant une longue période de plus de quinze ans. (de 26 à 42 ans). De ce fait le moral qui, au début, avait été très affecté de cette contamination syphilitique, cessa de souffrir pour cette cause qui paraissait si radicalement vaincue. Il y a seulement environ quatre ans, nous dit le malade, que j'ai constaté, de temps en temps, sur la verge, des éruptions nouvelles. Je les ai montrées au médecin de la famille au courant de mes antécédents et convaincus tous deux de son origine syphilitique, toujours la même, je fus remis au traitement spécifique. Rien n'y fit et le mal ne fait qu'empirer. Le moindre excès de coït provoque une irritation anormale de la verge et jusqu'à suppuration. Pour cette raison je suis obligé de prendre des précautions hygiéniques inusitées et ne puis voyager sans être muni de toutes sortes de médicaments et d'eau blanche en particulier qui empêche, dans une certaine mesure, toute velléité de balanite si prompte à naître. Cette sujétion est une cause de tourment pour moi, d'autant plus que le prépuce s'est hypertrophié et que l'ouverture ne permet plus le passage du gland. Celui-ci présente aussi des poussées d'eczéma de même nature de celles que j'ai possédées maintes fois à la surface de la peau. Un spécialiste, que j'ai consulté, m'a affirmé que tous ces symptômes relevaient de la vérole, et que l'infiltration préputiale notamment et le phimosis consécutif tenaient à une gomme diffuse, etc., etc.

Nous pensâmes encore ici au diabète et notre diagnostic se trouva de nouveau confirmé. L'urine contenait environ 30 grammes de sucre. Cette observation est curieuse car elle eût pu donner le change à beaucoup de nos confrères en présence de la superposition des diabétides génitales et de la syphilis. L'état général étant satisfaisant, la circoncision fut pratiquée avec un plein résultat. D'après les renseignements que nous avons demandés à ce malade dans ces derniers temps il est resté satisfait de cette intervention d'autant plus qu'il a reconnu notre diagnostic exact. Le diabète mis en cause et traité par le régime cessa d'influencer la peau, et

l'eczéma même s'est amélioré considérablement depuis dans les autres régions du tégument. Le moral du malade relativement à sa syphilo-phobie s'est relevé du fait de l'opération et de la rectification du diagnostic.

Ainsi qu'il résulte de la lecture de ces observations, nous avons jugé opportun de pratiquer la circoncision et c'est ce point de pratique qu'il convient maintenant de justifier dans ces circonstances cliniques tout à fait particulières.

Il existe à cette détermination un certain nombre de raisons à invoquer. La première, qui est majeure, résulte de l'état d'inquiétude dans lequel ces malades sont constamment placés du fait des lésions qui absorbent leur attention et exagèrent leur état d'hypochondrie. On doit accorder une note particulière aux regrets profonds que ces malades témoignent généralement de leur déchéance génitale née de l'autosuggestion que l'état de la verge provoque plus encore que de la glycosurie elle-même. La balanite diabétique crée des neurasthéniques génitaux, les plus déprimés entre tous comme on sait, et d'autant plus que ce sont des riches devenus pauvres. c'est-à-dire des sujets pour lesquels les plaisirs du coït ont toujours tenu une grande place dans l'existence : « plus d'amour partant plus de joie ». Il convient donc de remarquer qu'il y a là un véritable cercle vicieux : la balanite et le phimosis issus de la glycosurie l'exagérant encore par le retentissement indirect sur la mentalité de l'individu. Nous nous sommes expliqués suffisamment sur la syphilophobie, née d'érosions inflammatoires

du prépuce et notamment des ulcérations consécutives aux éruptions d'herpès. Il ne faut pas perdre de vue cependant, que ces solutions de continuité de l'extrémité de la verge prédisposent réellement aux inoculations vénériennes au cours d'un coït impur. Autrement dit le virus syphilitique ou chancroïdal possède, dans la circonstance, des portes d'entrée tout ouvertes favorables à son envahissement. Il en est de même de la blennorrhagie que ces malades ont de la tendance à contracter déjà pour toutes sortes de raisons et que le développement du prépuce active en retenant à demeure le pus virulent. Ce sont là d'excellentes raisons qui militent en faveur de l'opération du phimosis. Il y a plus encore, car les mêmes solutions de continuité, pour ainsi dire permanentes, peuvent favoriser l'effraction des germes, autrement dangereux pour l'intégrité et la vie du sujet. La clinique nous fournit en effet des exemples de ce que les auteurs ont appelé du nom de pénétration ou de gangrène foudroyante de la verge. Il est indiscutable que c'est là l'œuvre de bactéries septiques qui trouvent, avec le milieu de culture glycosurique favorable, des plaies d'entrée pour s'y produire, végéter et amener, en quelques heures, des désordres irrémédiables. Ne s'agirait-il d'ailleurs et toujours que d'une simple balanite que seuls les produits de sécrétion auxquels elle donne lieu peuvent avoir des conséquences funestes non seulement pour le prépuce qu'ils finissent par scléroser, mais encore pour l'urèthre. Dans ces conditions en effet, le vestibule balano-préputial constitue une sorte de laboratoire où se reproduisent en vase clos,

et à la porte même du méat urinaire, tous les agents habituels de la suppuration. Nous n'avons pas vu nulle part exprimer cette idée ; mais il nous semble rationnel d'admettre que l'inflammation balanique peut gagner l'urèthre par simple continuité. Il est d'autant plus raisonnable de le supposer que l'urine sucrée présente des conditions favorables au développement des germes et que d'autre part la muqueuse uréthrale de ces malades arthritiques est prédisposée tout spécialement à s'offenser de leur contact. La balanite diabétique peut donc être, par elle-même, une cause d'urétrite avec toutes ses conséquences possibles d'infection vésicale et de nocivité sur les voies urinaires supérieures et dans les conditions de réceptivité si particulières de certains malades âgés, artério-scléreux et prostatiques.

Toutes ces raisons combinées présentent donc une réelle importance à faire admettre l'opportunité de la circoncision chez les glycosuriques atteints de diabétides génitales.

Il y a malheureusement à cette intervention un point critique et qui a été soulevé déjà bien des fois. Il consiste à émettre des doutes sur les conséquences d'un traumatisme opératoire chez les diabétiques en général, a telle enseigne qu'un certain nombre de chirurgiens répudiaient toute idée d'entreprise chirurgicale sur des malades glycosuriques.

On ne peut nier qu'ils ne soient à priori conséquents avec la raison pure, car dès l'instant que vous redoutez pour les diabétiques toutes les suites d'une effraction essentielle des téguments il convient à vous-même

de ne point créer à l'instrument tranchant cette solution de continuité menaçante. Reste à savoir cependant si dans ces conditions spéciales la même crainte peut être invoquée infailliblement. C'est ce point de doctrine qu'il convient maintenant de discuter avec attention. A l'époque actuelle de la chirurgie, nous voyons, à ce sujet, les opinions se diviser en deux camps, ce qui prouve évidemment que l'interprétation est tout au moins discutable et loin de rallier tous les esprits.

D'un côté nous voyons Landouzy en 1862 formellement trancher par la négative à la suite de nombreuses discussions qui se sont élevées au sein des diverses sociétés médicales et où l'on a signalé, à l'appui de cette thèse, outre les complications locales d'hémorrhagie, de gangrène et phlegmon, des manifestations générales d'acétonémie et de collapsus. De Bauvais dans son travail déjà cité prétend que ces accidents peuvent avoir pour origine les traumatismes chirurgicaux les plus insignifiants tels que extirpation de cors ou piqûres de lancette ; il invoque également l'opération du phimosis et en appelle aux témoignages identiques de Palle, Demarquais, Bourgade, Dubuc et Nélaton. Reclus et Kirmisson dans leur livre de pathologie externe sont tout aussi exclusifs et rejettent la circoncision chez les diabétiques comme susceptible d'être suivie de gangrène, à moins qu'il ne s'agisse d'indications pressantes. Dieulafoy répudie également dans son *Traité de pathologie interne* toute intervention sanglante et prétend que le traitement médical à lui seul peut avoir raison des balanites diabétiques les plus invétérées. Verneuil et Cruveilhier qui ont cité des cas

malheureux à la Société de chirurgie se montrent également très réservés. Fournier dans son article magistral des diabétides génitales commence à devenir plus éclectique : « tout doit dépendre, dit-il, du taux glycosurique de l'urine et l'opération n'est opportune que si le sucre a totalement disparu par un traitement approprié. Les prétentions de la chirurgie antiseptique ne doivent pas faire oublier qu'il existe quelques cas malheureux et que ceux-ci doivent prévaloir sur les succès, si nombreux soient-ils. »

D'un autre côté nous lisons, sous la signature de Pierre-Marie, dans la *Semaine médicale* du 14 octobre 1895 et à propos de l'intervention chirurgicale chez les diabétiques, l'opinion presque absolument contraire. Ce médecin dont on connaît les qualités remarquables d'observateur établit son idée subversive à propos d'un cas d'amputation du gros orteil, déjà gangrené, chez un diabétique, du fait d'un mal perforant et dit qu'il en a fait connaître bien d'autres suivis des mêmes heureux résultats. L'action des microbes pathogènes, dit Marie, est la même qu'autrefois, mais les conditions opératoires seules sont radicalement changées. D'ailleurs Reynier dans le *Bulletin de la Société de médecine et de chirurgie* de 1894 a rapporté une statistique tout à fait favorable ainsi qu'il suit :

8 ablations de tumeurs.....	7 guérisons.
2 laparatomies.....	1 —
3 hernies étranglées.....	3 —
1 fistule ano-rectale.....	1 —

D'autre part Legendre dans sa *thèse* de Paris de 1895, sur le rôle de la chirurgie dans le diabète sucré cite une autre statistique plus éloquente encore de 79 succès sur 102 opérations et d'après les observations de Laisney.

Tous ces auteurs sont d'ailleurs unanimes à dire que la gravité de l'intervention opératoire chez certains diabétiques ne vient pas surtout de l'imprégnation des tissus par le sucre, mais de l'état du cœur, des artères et des parenchymes du foie et du rein notamment plus ou moins sclérosés chez les arthritiques âgés et insuffisants à servir d'émonctoires contre l'intoxication par les anesthésiques ou les antiseptiques. Marie recommande à cet égard de faire un examen approfondi du cœur et de la composition des urines et surtout au sujet de l'albumine qu'elles peuvent renfermer et qui dénote toujours une altération plus ou moins grande du parenchyme rénal. Bouchard ajoute beaucoup d'importance, dans ces cas particuliers de diabète grave, à la conservation du réflexe patellaire et après lui Reynier et Berger pensent qu'on doit s'abstenir chez les malades qui ne le présentent plus et jusqu'à ce que le traitement le fasse reparaitre.

Ainsi qu'on le voit par cet historique sommaire, il y a rivalité entre les vieux et les jeunes. Les premiers restant sur leurs réserves, les seconds plus entreprenants tirant leur initiative osée des garanties que l'antisepsie de nos jours a données à la chirurgie générale.

Dreyfus-Brissac dans sa thérapeutique du diabète (collection Dujardin-Beaumetz et Terrillon) résume bien l'état de la question. « La pratique actuelle, dit-il, de
« l'antisepsie rigoureuse doit atténuer les effets des trau-

« matismes opératoires qu'on craignait autrefois outre
« mesure chez les diabétiques et les faits sont là pour le
« démontrer. C'est une conduite chirurgicale admise,
« même aujourd'hui, par la jurisprudence, de sorte que le
« *noli me tangere* des diabétiques n'est plus à notre époque
« un dogme. Le bistouri n'est pas à craindre, il s'agit de
« voir surtout si *l'opération est utile et légitime* et se
« réserver seulement dans les formes graves du diabète.
« C'est sous cette réserve surtout qu'il faut, chez les ma-
« lades en instance d'intervention chirurgicale, s'assurer
« avant d'agir, qu'il n'y a pas de cardiopathie et de lésions
« parenchymateuses se traduisant par l'émission d'urines
« albumineuses. Il s'agit d'avoir le tact nécessaire à doser
« les résistances à la détermination.

Cette interprétation de la question est très libérale puisqu'elle accepte les avertissements de la clinique bien connus des anciens tout en faisant une large part aux garanties de la méthode antiseptique chirurgicale contemporaine. Au surplus, les timorés pourront toujours recourir, avant d'agir, au régime alimentaire préalable destiné à faire baisser le taux glycosurique en proportion réduite.

Il résulte de cette opinion ainsi mise au point que nos tentatives opératoires personnelles et antérieures aux travaux que nous venons de signaler se trouvent de ce fait n'avoir rien de bien subversif.

Toute leur originalité consiste à les avoir légitimées dans le cas particulier des diabétiques hypochondriaques.

Le succès qui en fut le résultat s'ajoute à tous ceux qu'on connaissait déjà.

Il convient cependant d'établir que le mérite n'en est pas démesuré si l'on songe qu'il s'agit en somme d'une opération de petite chirurgie sans grande importance et pouvant être effectuée sans chloroformisation générale et à l'aide de simples piqûres de cocaïne. Tous nos malades ont été d'autre part préalablement soumis au régime alimentaire antidiabétique et le coefficient glycosurique de leur urine n'était point non plus, il est vrai, très élevé.

Le manuel opératoire que nous avons suivi et dont il nous reste finalement à parler ne se recommande point par une grande originalité. D'ailleurs, il serait difficile de raconter de l'inédit en matière d'opération de phimosis qui a inspiré un nombre considérable de procédés semés de ci de là dans la littérature médicale et sans que leur description en soit toujours bien nette à saisir. Chaque chirurgien semble avoir le sien et nous avons suivi aussi le nôtre.

Si l'on doit s'inspirer ici de règles générales qu'il ne faut pas enfreindre pour pratiquer une bonne circoncision, telles que de ne point tirer sur la peau de crainte d'en enlever plus que de raison, il y a dans le cas particulier des tempéraments à cette façon d'agir. Le tégument et la muqueuse sclérosés du fait d'une irritation perpétuelle sont, dans le cas particulier du phimosis diabétique, davantage solidaires et glissent moins l'un sur l'autre. Nous ne sommes point non plus partisan ici de la pince à phimosis classique. Il y a trop à retrancher en

raison de l'hypertrophie préputiale et on risque d'avoir encore à parachever l'exérèse au moyen du bistouri. Le mieux est d'employer celui-ci tout de suite et surtout l'opération du phimosis diabétique doit être poussée dans ses dernières limites jusqu'au niveau de la rainure du gland et de façon que l'urine ne puisse avoir dorénavant prise sur aucune surface ni cul-de-sac. Pour ces raisons, après avoir passé une sonde sous le prépuce et s'être assuré, par tous les moyens possibles, qu'il n'existe pas de synéchies et surtout pour apprécier la profondeur du vestibule à détruire, on trace approximativement le tracé de chemin de fer de Ricord par une ligne à la teinture d'iode ou au crayon dermatographique. Partant de l'orifice préputial elle est parallèle à la direction de la verge pour s'infléchir de chaque côté et dessiner le rebord du gland qu'on sent plus ou moins sous la peau. C'est sur cette ligne que se pratiquent les piqûres à la cocaïne avant de procéder à la section soit avec des ciseaux et d'un seul coup, soit progressivement avec le bistouri de dehors en dedans comme s'il s'agissait d'une découverte anatomique. L'incision dont nous parlons s'applique à la ligne longitudinale; il en résulte deux lambeaux de prépuce qu'on resèque à leur base en suivant la corniche balano-préputiale ou le cul-de-sac de la rainure. Cette opération donne généralement beaucoup de sang d'abord parce que les tissus traversés sont de nature inflammatoire et ensuite parce que chez l'adulte, les vaisseaux de l'extrémité de la verge peuvent acquérir d'assez fortes dimensions. Il suffira, pour y porter de suite remède, d'avoir à sa disposition un certain nombre

de pinces à forcipressure. L'artère du frein déjà signalée par les auteurs est susceptible de donner parfois une hémorrhagie difficilement coercible. Nous avons imaginé pour circonvenir cet accident un procédé non signalé par les auteurs. Il consiste, une fois les deux lambeaux coupés jusqu'au niveau du frein, à passer préalablement à la base de celui-ci, au moyen d'une aiguille courbe, un fil de soie ou de catgut et de serrer pour pratiquer l'hémostase préventive : l'excision du filet préputial ne présente plus dès lors aucun danger ; on l'exécute à cette dernière phase de l'opération. L'emploi des serre-fines un peu vieux jeu est remplacé par la suture à surjet ou à points séparés ; la qualité du lien importe peu. Ce qu'il importe surtout dans la circonstance c'est de ne faire avant, pendant et après l'opération aucune faute contre les règles antiseptiques et employer tout ce que la technique exige à cet égard dans les circonstances les plus impérieuses. Nous n'avons point l'intention d'en faire ici la description. D'après Legendre, c'est surtout l'asepsie qu'il faut pratiquer, car il importe de remarquer que les diabétiques sont des candidats à l'intoxication facile et que celle-ci peut souvent résulter de l'emploi immodéré des agents antiseptiques.

A d'autres égards, on sait combien la peau des diabétique s'offense facilement au contact du sublimé, salol, iodoforme et de tous les dérivés iodiques en usage actuel et jusqu'au point de donner des érythèmes et des eczemas médicamenteux tenaces. Nous nous sommes servi quant à nous d'un simple mélange de poudres d'acide borique et de sous-nitrate de bismuth à parties égales avec un

plein succès. Ces deux agents ne sont point caustiques ni toxiques ; le second expérimenté par Velpeau et Frémy en 1860 joint à ses propriétés antiseptiques d'être encore absorbant et de tarir le suintement de la plaie d'où naissent surtout l'ensemencement des germes et l'infection consécutive.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

La symptomatologie et la bactériologie sont impuissantes à pouvoir fournir des indications suffisantes pour les éléments d'une classification des balano-posthites.

Il convient donc de s'en tenir aux ressources de l'étiologie bien connue qui ne saurait tromper.

De ce fait on peut rapporter les balano-posthites à huit groupes de causes qui sont ceux des :

- 1° Malformations préputiales.
- 2° Cause traumatique et essentielle.
- 3° Causes médicamenteuses.
- 4° Causes parasitaires et infectieuses.
- 5° Causes de maladies éruptives.
- 6° Causes de maladies diathésiques de nutrition.
- 7° Causes urinaires de troubles de la miction.
- 8° Causes vénériennes.

Ce tableau étiogénique est plus complet que tout ce qui a été fait jusqu'ici. Il ne faut point cependant s'exagérer la valeur de toutes ces causes entre lesquelles il existe une importance d'action très différente, mais qui

peuvent cependant, sans exception, contribuer au développement de la maladie.

La balanite érosive circonécée de Berdal et Bataille, pustulo-ulcéreuse de Ducastel, iodohydrargyrique de Cordier, les diabétides génitales de Fournier sont les seules nouveautés cliniques d'acquisition récente et qui méritent, pour cette raison, une mise au point plus parfaite de la question étiogénique des inflammations balano-préputiales.

Le diabète constitue une cause très importante de balanites et à laquelle on ne pense pas assez dans la pratique courante, malgré les travaux intéressants que le professeur Fournier a faits surtout à ce sujet.

La ténacité des diabétides génitales chez l'homme est susceptible d'engendrer de l'hypochondrie chez certains malades à hérédité nerveuse chargée et déjà prédisposés à la neurasthénie du fait de leur glycosurie.

Il peut en résulter un type clinique de *phobie* spéciale dont nous avons constaté quelques cas dans notre pratique des pays chauds où les soucis, l'alcoolisme, et aussi la fièvre palustre nous ont paru fournir un ensemble de causes étiogéniques adjuvantes.

L'opération de la circoncision peut rendre à ces malades un calme moral relatif et nous conseillons de la pratiquer.

La méthode chirurgicale antiseptique nous permet, de nos jours, d'être plus hardis et de ne point craindre les entreprises traumatiques chez les diabétiques.

C'est l'avis de la jeune école qui possède déjà à son acquit de nombreuses observations favorables auxquelles

nous en ajoutons quelques-unes. Il ne s'agit d'ailleurs dans la circonstance que d'une opération de peu d'importance et effectuée seulement sous la simple garantie de l'anesthésie locale à la cocaïne.

Il suffit seulement de ne pas méconnaître ni perdre de vue les préceptes de la vieille et saine clinique et de ne pas agir sur des sujets à glycosurie trop intense et à lésions rénales avancées.

L'asepsie, à défaut de manuel opératoire spécial, et des topiques non toxiques sont pour ce fait ce que nous recommandons chez nos opérés spéciaux.

VU : LE PRÉSIDENT DE THÈSE :

A. FOURNIER.

Vu pour le Doyen,

L'ASSESSEUR

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS :

GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CHARCOT, BOUCHARD et BRISSAUD. — *Traité de médecine : Diabète*

BROUARDEL, GILBERT et GIRODE. — *Id.*

DEBOVE et ACHARD. — *Manuel de médecine : diabète.*

BERNHEIM et LAURENT. — *Traité de médecine : diabète.*

DIEULAFOY. — *Manuel de pathologie interne : diabète.*

BOUCHARD. — *Pathologie générale : maladies par ralentissement de la nutrition.*

DREYFUS-BRISSAC. — *Thérapeutique du diabète* (bibliothèque Dujardin-Beaumetz et Terrillon.)

LÉCORCHÉ. — *Traité du diabète sucré.*

PROUST et MATHIEU. — *Hygiène des diabétiques.*

GROSS ROHMER. — *Pathologie chirurgicale : balanite.*

FORT. — *Pathologie et clinique chirurgicale : balanite.*

RECLUS et KIRMISSON. — *Pathologie externe : balanite.*

TILLAUX. — *Chirurgie clinique : balano-posthite.*

DUPLAY et RECLUS. — *Traité de chirurgie : organes génitaux.*

FORGNE et RECLUS. — *Thérapeutique chirurgicale : phimosis.*

FOURNIER. — *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique : art. balanite.*

ROLLET. — *Dictionnaire des sciences médicales : art. balanite.*

BALZER. — *Thérapeutique des maladies vénériennes : balanite* (bibliothèque Dujardin-Beaumetz et Terrillon.)

- DUCASTEL. — *Leçons cliniques sur les affections ulcéreuses des organes génitaux de l'homme.*
- BERDAL. — *Traité des maladies vénériennes.*
- JULLIEN. — *Traité pratique des maladies vénériennes.*
- HALLOPEAU et LEREDDE. — *Traité de dermatologie : balanite.*
- BESNIER et BROCC. — *Pratique dermatologique : balanite* par Ducastel.
- FURBRINGER. — *Traité des maladies génito-urinaires.*
- POUSSON. — *Maladies des voies urinaires.* (Troubles psychopathiques de la miction.)
- Pathologie vétérinaire.* — *Organes génitaux urinaires (encyclopédie Cadiac.)*
- CRUZEL. — *Traité des maladies des bêtes bovines : art. acrobustite.*
- MARIE. — De l'intervention chirurgicale chez les diabétiques : *Semaine médicale* du 14 octobre 1895. (Clinique de l'Hôtel-Dieu).
- TOMMASOLI. — *Journal italien des maladies vénériennes.* (Milan, juin 1888).
- FOURNIER. — Diabétides génitales de l'homme. *France médicale*, du 5 août 1892. (Leçon recueillie par le docteur Greflier).
- MAURINO. — *Journal italien des maladies vénériennes*, 1889.
- DUBUC. — Phimosi et herpès diabétique : *Gazette des hôpitaux*, 1874.
- DE BEAUVAIS. — Balano-posthite des diabétiques. *Gazette des hôpitaux*, 1874.
- DEMARQUAY. — Phimosi diabétique : *Gazette des hôpitaux*, 1869.
- LEGENBRE. — *Thèse sur le rôle de la chirurgie dans le diabète sucré.*
- RIZAT. — Phimosi et balano-posthite syphilitique : *Thèse*, Paris, 1877.
- PETIT. — Balano-posthite chancrelleuse. *Thèse*, Paris, 1882.

BADRE. — Balano-posthite gangréneuse. *Thèse*, Paris, 1885.

MAURIAC. — Leçon sur les balano-posthites : *Progrès médical* de 1874, *Gazette des hôpitaux*, de 1874, 1875, 1877.

PETITJEAN. — Balano-posthite gangréneuse. *Thèse*, Paris, 1885.

CAPDEVILLE. — Balano-posthites. *Thèse*, Paris, 1879.

LASSABATIE. — De quelques manifestations morbides non vénériennes observées dans les pays chauds. *Thèse*, Bordeaux, 1886-1887.

LAYET. — Étude d'hygiène intertropicale : *Archives de médecine navale*, 1877.

DUTIGNY. — Contribution à l'étude du diabète d'origine palustre. *Thèse*, Bordeaux, 1891-1892.

PINARD. — Rapport sur les modifications à apporter au régime de la thèse. (Conseil de l'Université). *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 30 mai 1901.

FOURNIER. — La guerre contre la syphilis, nécessité d'éclairer les élèves des classes supérieures dans les centres scolaires sur les dangers de la syphilis (Société de prophylaxie sanitaire et morale) *Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 23 juin 1901.



BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE F. DEVERDUN.
